

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades
Dr. phil.
im Fachbereich Geisteswissenschaften (Fach Kunstwissenschaft)
der Universität Duisburg - Essen

Thema:

**Kunsttherapie in der Schwangerschaft –
qualitativ-empirische Untersuchung von kunsttherapeutischen
Interventionen bei Risikoschwangeren
in den Städtischen Kliniken Höchst am Main**

1. Gutachter: Prof. Dr. Georg Peez
2. Gutachter: Prof. Dr. Hein

Tag der mündlichen Prüfung:
17.02.2010

vorgelegt von: Petra Saltuari
aus: Frankfurt am Main/ Höchst

2009

<u>1</u>	<u>ABSTRACT</u>	<u>5</u>
<u>2</u>	<u>FORSCHUNGSPROGRAMM UND FORSCHUNGSFRAGEN</u>	<u>5</u>
<u>3</u>	<u>EINLEITUNG</u>	<u>8</u>
<u>4</u>	<u>PRÄNATALE ENTWICKLUNG UND WAHRNEHMUNG DES UNGEBORENEN.....</u>	<u>11</u>
<u>5</u>	<u>SCHWANGERE FRAUEN IN OFFENSICHTLICHEN KRISEN.....</u>	<u>15</u>
5.1	KÖRPERLICHE BESCHWERDEN	15
5.2	DIE PSYCHOSOMATISCHE KOMPONENTE KÖRPERLICHER SYMPTOME	15
5.3	FRAUEN MIT STARKEN ÄNGSTEN VOR DER GEBURT	18
5.4	FRAUEN IN STARKEN KONFLIKTSITUATIONEN MIT ERHEBLICHER PSYCHISCHER BELASTUNG	18
<u>6</u>	<u>KUNSTTHERAPIE IN DER FRAUENKLINIK DER STÄDTISCHEN KLINIKEN HÖCHST</u>	<u>20</u>
6.1	BESCHREIBUNG DES ARBEITSFELDES.....	20
6.2	MATERIAL	21
6.3	ARBEITSWEISE	29
6.4	EXKURS: KRISENINTERVENTION	29
6.5	IN KUNSTTHERAPEUTISCHEN SITZUNGEN ZUSÄTZLICH VERWENDETE METHODEN	30
6.5.1	PROGRESSIVE MUSKELENTSPANNUNG NACH JACOBSON (JACOBSON 2002)	30
6.5.2	STRESSBEWÄLTIGUNG DURCH DIE PRAXIS DER ACHTSAMKEIT.....	34
6.5.3	ATEMÜBUNG	39
6.5.4	FUNKTIONELLE ENTSPANNUNG (FE)	39
6.5.5	PHANTASIEREISEN UND IMAGINATION.....	41
6.5.6	ÜBERGANG ZUR GESTALTUNG	45
6.6	GRUNDSÄTZLICHE VORGEHENSWEISE MIT DEN METHODEN - FLEXIBLE ANWENDUNG DER METHODEN.....	48
6.7	MÖGLICHKEITEN DER BILDBETRACHTUNG IM ANSCHLUSS AN DIE GESTALTUNG	49
<u>7</u>	<u>ZWISCHEN KUNSTTHERAPIE UND KUNSTPÄDAGOGIK.....</u>	<u>51</u>
7.1	BILDNERISCHES GESTALTEN ALS THERAPIE IN DER SCHULE (KATHRIN UHRLAU).....	51
7.2	PÄDAGOGISCHE KUNSTTHERAPIE (HANS-GÜNTHER RICHTER)	56
7.3	KOMPENSATORISCHER KUNSTUNTERRICHT (BARBARA WICHELHAUS)	60
7.4	ENTWICKLUNG DER KUNSTTHERAPIE	65
<u>8</u>	<u>ANSÄTZE UND AUSRICHTUNGEN INNERHALB DER KUNSTTHERAPIE.....</u>	<u>69</u>

8.1	DIE KLIENENZENTRIERTE KUNSTTHERAPIE	71
8.1.1	ZUM KLIENENZENTRIERTEN ANSATZ NACH CARL R. ROGERS	73
8.1.2	ECHTHEIT (KONGRUENZ).....	74
8.1.3	POSITIVE WERTSCHÄTZUNG – AKZEPTANZ.....	74
8.1.4	EINFÜHLENDES VERSTEHEN – EMPATHIE.....	75
8.1.5	DAS ZUTRAUEN UND ZUMUTEN VON AUTONOMIE	76
8.2	PSYCHOANALYTISCH/ TIEFENPSYCHOLOGISCH FUNDIERTE KUNSTTHERAPIE	77
8.3	DER KÜNSTLERISCH-KUNSTPÄDAGOGISCHE ANSATZ.....	79
9	<u>UNTERSUCHUNGSKONZEPTION UND EMPIRISCHE FORSCHUNGSMETHODEN.</u>	82
9.1	PHÄNOMENOLOGISCHES FORSCHUNGSVERFAHREN.....	83
9.2	FELDFORSCHUNG ALS GEEIGNETE UNTERSUCHUNGSMETHODE.....	85
9.2.1	MATERIAL I: BEOBACHTUNGSPROTOKOLLE	88
9.2.2	MATERIAL II: AUDIOAUFZEICHNUNG DER THERAPIESITZUNGEN.....	88
9.2.3	MATERIAL III: BILDMATERIAL DER ENTSTANDENEN BILDER UND OBJEKTE	89
9.2.4	MATERIAL IV: EXPERTINNENINTERVIEWS (MIT ÄRZTINNEN DER FRAUENKLINIK)	92
9.2.5	MATERIAL V: FRAGEBÖGEN ZUR ERFASSUNG DER VERÄNDERUNG VON SYMPTOMEN UND DER SUBJEKTIV ERLEBTEN BELASTUNG	94
10	<u>DARSTELLUNG DER FALLANALYSEN</u>	96
10.1	ERSTE FALLANALYSE FRAU A.....	96
10.1.1	ERSTE SITZUNG FRAU A.: BILD 1 „BLINDER KRITZEL“, JAXON-ÖLKREIDE, FORMAT 40 X 40 CM.....	98
10.1.2	INTERPRETATION DES MATERIALS DER ERSTEN SITZUNG.....	102
10.1.3	ZWEITE SITZUNG FRAU A.: BILD 2 „PHANTASIEREISE ZU EINER LANDSCHAFT MIT EINEM BAUM“, JAXON-ÖLWACHSKREIDE, FORMAT 40 X 40 CM	106
10.1.4	INTERPRETATION DES MATERIALS AUS DER ZWEITEN SITZUNG.....	107
10.1.5	DRITTE SITZUNG FRAU A.: BILD NR. 3 „DER ORT, AN DEM ICH MICH WOHL FÜHLE“, AQUARELLFARBE, DIN A3.....	110
10.1.6	INTERPRETATION DES MATERIALS DER DRITTEN SITZUNG	111
10.1.7	VIERTE SITZUNG FRAU A.: BILD NR. 4 „BEWEGUNG“, DECKFARBE, DIN A3	115
10.1.8	INTERPRETATION DES MATERIALS DER VIERTEN SITZUNG	116
10.1.9	FÜNFTE SITZUNG: BILD NR. 5 „WAS BEWEGT MICH HEUTE?“, COLLAGE AUF FLIEDERFARBENEM PAPIER, DIN A3	119
10.1.10	INTERPRETATION DES MATERIALS DER FÜNFTEN SITZUNG	121
10.1.11	SECHSTE SITZUNG FRAU A.: BILD NR. 6 „LEBENS LAUF/ LEBENS LINIE“, BUNTSTIFT, DIN A3.....	129
10.1.12	INTERPRETATION DES MATERIALS DER SECHSTEN SITZUNG	131
10.1.13	SIEBTE SITZUNG FRAU A.: BILD NR. 7 „GEBURT“, DECKFARBE, 40 X 40CM	137
10.1.14	INTERPRETATION DES MATERIALS DER SIEBTEN SITZUNG	139
10.1.15	ACHTE SITZUNG FRAU A.: BILD NR. 8 „RÜCKBLICK“, COLLAGE AUS ZEITUNGS AUSSCHNITTEN, 40 X 40CM	145
10.1.16	INTERPRETATION DES MATERIALS DER ACHTEN SITZUNG.....	147
10.1.17	NEUNTE SITZUNG FRAU A.: BILD NR. 9 „RÜCKBLICK II“, COLLAGE MIT DECKFARBE UND ZEITUNGS AUSSCHNITTEN, 40 X 40 CM	151
10.1.18	INTERPRETATION DES MATERIALS DER NEUNTEN SITZUNG	152
10.1.19	ZUSAMMENFASSUNG DES ERSTEN FALLES (FRAU A.).....	162
10.2	ZWEITE FALLANALYSE FRAU B.	164
10.2.1	ERSTE SITZUNG FRAU B.: BILD 1 „BLINDER KRITZEL“, JAXON-ÖLWACHSKREIDE, DIN A4.....	165
10.2.2	INTERPRETATION DES MATERIALS DER ERSTEN SITZUNG.....	174
10.2.3	ZWEITE SITZUNG FRAU B.: BILD 2 „OHNE TITEL“, JAXON-ÖLKREIDE, 40 X 40 CM	185

10.2.4	INTERPRETATION DES MATERIALS DER ZWEITEN SITZUNG	187
10.2.5	DRITTE SITZUNG FRAU B.: BILD 3 „OHNE TITEL“, JAXON-ÖLWACHSKREIDE, FORMAT 40 X 40 CM	194
10.2.6	INTERPRETATION DES MATERIALS DER DRITTEN SITZUNG	196
10.2.7	VIERTE SITZUNG (TEIL 1) FRAU B.: BILD 4 „FISCHSCHWARM – GEGEN DEN STROM“, JAXON- ÖLWACHSKREIDE, DIN A2	207
10.2.8	INTERPRETATION DES MATERIALS DER VIERTEN SITZUNG (TEIL 1)	208
10.2.9	VIERTE SITZUNG (TEIL 2) FRAU B.: BILD 5 „TONFIGUR“, WEIBER TON, HÖHE CA. 25CM ...	213
10.2.10	INTERPRETATION DES MATERIALS AUS DER VIERTEN SITZUNG (TEIL 2)	214
10.2.11	FÜNFTE UND SECHSTE SITZUNG FRAU B.: BILD 6 „HÄNDE“, SCHWARZE PASTELLKREIDE UND KOHLE, 40 X 40 CM	216
10.2.12	INTERPRETATION DES MATERIALS AUS DER FÜNFTEN UND SECHSTEN SITZUNG	218
10.2.13	ZUSAMMENFASSUNG DES ZWEITEN FALLES (FRAU B.)	233

11 DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE DER TESTAUSWERTUNGEN UND FRAGEBÖGEN.....235

11.1	TESTAUSWERTUNG FRAU A.:.....	235
11.1.1	AUSWERTUNG VEV-TEST (FRAU A.)	236
11.1.2	AUSWERTUNG KASSL-TEST (FRAU A.)	236
11.2	TESTAUSWERTUNG FRAU B.:.....	237
11.2.1	AUSWERTUNG VEV-TEST (FRAU B.)	237
11.2.2	AUSWERTUNG KASSL-TEST (FRAU B.)	237
11.3	AUSWERTUNG KLIENTINNEN-FRAGEBÖGEN.....	239
11.4	AUSWERTUNG EXPERTINNENINTERVIEWS	243

FAZIT.....244

INHALTLICHES RESÜMEE.....	244
11.5 ANALYSEERGEBNISSE IM VERGLEICH	244
11.5.1 EMOTIONALE STABILISIERUNG UND ENTSPANNUNG	245
11.5.2 ENTLASTUNG DURCH BILDNERISCHEN AUSDRUCK VON EMOTIONEN	248
11.5.3 SELBSTERFAHRUNG UND SELBSTERKENNTNIS	250
11.5.4 ICH-AKTIVIERUNG	253
11.5.5 ICH-STÄRKUNG	254
11.5.6 KOMMUNIKATION DURCH BILDNERISCHEN AUSDRUCK	255
11.5.7 UMGANG MIT ÄNGSTEN VOR DER GEBURT - KLÄRUNG VON KONFLIKTEN UND AMBIVALENZEN	257
11.5.8 UMGANG MIT ÄNGSTEN VOR EINER FRÜHGEBURT	260
11.5.9 UMGANG MIT SCHULDGEFÜHLEN.....	262
11.5.10 KLÄRUNG DER EIGENEN (NEUEN) IDENTITÄT UND IDENTITÄTSFINDUNG	263
11.5.11 ÄSTHETISCHE ERFAHRUNG UND FLOW.....	264
11.6 FORSCHUNGSMETHODISCHE REFLEXION.....	268
11.6.1 FAZIT ZUR MATERIALERHEBUNG	268
11.6.2 RESÜMEE IN BEZUG AUF DIE MATERIALAUFBEREITUNG	271
11.6.3 ZUSAMMENFASSUNG IN BEZUG AUF DIE MATERIALAUSWERTUNG.....	272
11.6.4 REFLEXION DER EIGENEN ROLLE ALS FORSCHERIN.....	274
11.7 SCHLÜSSE, DIE SICH AUS DIESER STUDIE ERGEBEN	277
11.8 WEITERFÜHRENDER FORSCHUNGSBEDARF	282

13 LITERATURVERZEICHNIS.....285

1 Abstract

Diese Arbeit beschäftigt sich mit drei Bereichen:

- erstens mit kunsttherapeutischen Methoden im Bereich der kunsttherapeutischen Betreuung von Risikoschwangeren,
- zweitens mit qualitativ-empirischen Forschungsmethoden,
- anhand derer drittens zwei exemplarische Fälle zu untersuchen sind.

Da der Bereich der Kunsttherapie in der Schwangerschaft relativ neu und wenig erforscht ist, ergibt sich ein Forschungsbedarf hinsichtlich der Anwendung und Kombination kunsttherapeutischer Methoden und Interventionen für diesen Bereich mit der Fragestellung, inwieweit sie für diese Klientel hilfreich und geeignet sind.

Anhand der Phänomenologischen Analyse als Forschungsvorgehen werden zwei Fälle qualitativ-empirisch untersucht und in Beziehung gesetzt. Die phänomenologische Analyse bezieht sich auf transkribierte Bandaufnahmen der therapeutischen Sitzungen und der entstandenen bildnerischen Werke. Zusätzlich werden sowohl Fragebögen zur Wahrnehmung der kunsttherapeutischen Sitzung seitens der Patientin, als auch der Therapeutin hinzugenommen, die den subjektiv empfundenen Verlauf wiedergeben, als auch Testfragebögen zur Erfassung des psychischen Zustandes zu Beginn und Ende der Therapie, ebenso der Veränderung des Erlebens durch die therapeutischen Interventionen.

Anhand dieses Materials sollen die Wirkungen der Kunsttherapie bei Schwangeren mit stationärem Klinikaufenthalt hinsichtlich Zufriedenheit, Selbstwertgefühl und allgemeinem Befinden der Patientinnen erforscht werden.

2 Forschungsprogramm und Forschungsfragen

Aufgrund meiner praktischen Erfahrung sind mir folgende Fragen wichtig:

1. Wie wirkt sich Kunsttherapie auf untersuchte Einzelfälle von schwangeren Frauen mit Frühgeburtsbestrebungen und dadurch evoziertem mehrwöchigem stationären Aufenthalt in der Frauenklinik aus?

1.1 Reduziert die kunsttherapeutische Intervention das subjektive Stresserleben der Risikoschwangeren?

- 1.2 Wie wirkt sich die Kunsttherapie auf den Umgang mit Ängsten vor einer Frühgeburt und den daraus resultierenden Risiken für die Gesundheit und die Entwicklung des Kindes aus?
 - 1.3 Wie wirkt sich die Kunsttherapie auf den Umgang mit Schuldgefühlen infolge der Annahme, selbst etwas zur Komplikation der Schwangerschaft beigetragen zu haben, aus?
 - 1.4 Wie wirkt sich die Kunsttherapie auf den Umgang mit Ambivalenzen bezüglich der Schwangerschaft aus?
 - 1.5 Wie wirkt sich die Kunsttherapie auf den Umgang mit Ängsten vor der Geburt aus (z.B. vor den Schmerzen oder vor dem Verlauf der Geburt)?
 - 1.6 Wie wirkt sich die Kunsttherapie auf den Umgang mit Bedenken und Befürchtungen vor der Veränderung des Lebens der Schwangeren durch das Kind aus (z.B. hinsichtlich der Partnerschaft, der eigenen Autonomie, des Rollenverständnisses in Partnerschaft und Gesellschaft)?
 - 1.7 Welche Auswirkungen zeichnen sich hinsichtlich des subjektiven Zeitgefühls der Risikoschwangeren bei mehrwöchigem Klinikaufenthalt im Verlauf der Kunsttherapie ab?
 - 1.8 Verändert sich durch die kunsttherapeutische Intervention das subjektive Wohlbefinden der schwangeren Patientinnen während des Klinikaufenthaltes?
 - 1.9 Sind Auswirkungen auf das Befinden der Risikoschwangeren aus medizinischer Sicht zu beobachten?
 - 1.10 Gibt es darüber hinaus weitere mögliche Wirkungen?
2. Welche Methoden innerhalb der Kunsttherapie sind hilfreich für schwangere Frauen bei einem mehrwöchigen stationären Aufenthalt aufgrund von Komplikationen in der Schwangerschaft?

2.1 Vorübungen zum Einstieg :

- Entspannungsverfahren (Progressive Muskelentspannung nach Jakobson)
- Funktionelle Entspannung (nach Marianne Fuchs)
- Phantasiereisen und Imagination mit Hinführung zur Gestaltung (z.B. „Reise zum Wohlfühlort“, „Gepäckablegen“, „Was wünsche ich mir?“, „Kontaktaufnahme mit dem Baby“, „Mein Leben mit dem Baby“ etc.)

2.2 Konkrete kunsttherapeutische Übungen als Impulse und Anregung zur Gestaltung:

- „Blinder Kritzel“
- „Blinder Tonkritzel“
- Freie Collage
- „Lebenslinie“
- Körperbild
- Partnerübungen

3. Welche qualitativ-empirischen Forschungsmethoden sind adäquat für die Untersuchung der kunsttherapeutischen Interventionen mit schwangeren Frauen während eines mehrwöchigen Klinikaufenthaltes aufgrund von Komplikationen in der Schwangerschaft?

3 Einleitung

Eine Schwangerschaft ist häufig von wechselnden Gefühlen begleitet, auch wenn die Schwangerschaft und das Kind erwünscht sind. Schwangerschaft ist keine Krankheit, aber ein großer Umbruch im Leben der Frau, eine Entwicklung, die auch als Krise erlebt werden kann. Fragen kommen auf, wie: Schaffe ich das? Komme ich mit den neuen Anforderungen zurecht? Wie verändere ich mich? Wird mein Kind gesund sein? Wie wird sich die Partnerschaft verändern? Was geschieht mit meinem beruflichen Werdegang?

Die Schwangerschaft verlangt von der Frau eine enorme körperliche und psychosoziale Anpassungsleistung. Viele Determinanten des bisherigen Lebens werden in Frage gestellt und sind Veränderungen unterworfen. Die Beziehung zum Partner aber auch die Beziehungen zur Herkunftsfamilie ändern sich, oft findet eine Wiederannäherung an die eigene Mutter statt, was auch mit wiederaufkommenden Konflikten einhergehen kann. Das eigene Körperbild verändert sich und muss akzeptiert und integriert werden. Hieraus können sich Diskrepanzen sowie innere und äußere Konflikte ergeben, die eine psychische Belastung bedeuten können (Martius/ Sprei/ Henningsen 2008).

Der Psychiater Hans Molinski (Molinski 1968, 1972) hat die psychischen Veränderungen, die Frauen während der Schwangerschaft erleben können, wie folgt dargestellt.

Eine Schwangerschaft bedeutet **Veränderungen der aktuellen Lebenssituation:**

- Veränderungen in der Partnerschaft (Bullinger 1986)
- Neuorientierung der beruflichen Identität
- Neudefinition und Neuverteilung der Rollen sowie Rollenklärung, d.h. die Auseinandersetzung mit Rollenbildern und Teilidentitäten (Einerseits bin ich als Frau die Geliebte des Partners, andererseits bin ich Mutter, habe eventuell auch eine berufliche Identität. Das alles muss neu organisiert und geklärt werden. Wie können diese verschiedenen Teilidentitäten nebeneinander stehen und gelebt werden, um zu einer befriedigenden Lebensqualität zu gelangen?)
- Verantwortung für ein anderes Leben übernehmen, nicht nur für das eigene, dadurch Veränderung der Einstellung zu den eigenen Eltern.

Da diese Umbrüche im eigentlichen Sinne eine Weiterentwicklung bedeuten, aber dies von den Frauen dennoch vorübergehend als krisenhaft erlebt werden kann, steht der Titel dieser Arbeit „Wachstums Krisen“ für die Dialektik, die sowohl den Fortschritt als auch die Stagnation als Problematik beinhaltet.

In einer Schwangerschaft können **belastende Gefühle** entstehen wie:

- Bedenken vor der körperlichen Veränderung (Gewichtszunahme, Schwangerschaftsstreifen etc.)
- Zweifel an der Bewältigung der neuen Lebenssituation und ihren Anforderungen
- Versagensängste (keine „richtige“ Frau zu sein, die das alles mit Bravour schafft: Schwangerschaft, Geburt und später die Versorgung des Kindes)
- Sorge, dass das Kind nicht gesund sein könnte
- Angst vor einer Fehlgeburt etc.
- Angst vor der bevorstehenden Geburt (z.B. vor den Geburtsschmerzen, Komplikationen bei der Geburt, lange Geburtsdauer, Fehlbildungen beim Kind, Verlust der Selbstkontrolle, Narkose etc.)
- Schuldgefühle bei ambivalenten Empfindungen und/ oder bei Komplikationen in der Schwangerschaft
- Gefühl der Ohnmacht, sich dem Geschehnis hingeben zu müssen, ohne den Ausgang beeinflussen zu können (bei vorzeitigen Wehen und Bettruhe)
- sowie zahlreiche diffuse Ängste (bemerktbar z.B. durch Träume), etwa Angst vor Autonomieverlust und erneutes Angewiesensein auf die eigenen Eltern oder Schwiegereltern.

Die Schwangerschaft kann besonders belastend erlebt werden, wenn schwerwiegende körperliche Symptome auftreten, die einen stationären Aufenthalt in einer Frauenklinik erzwingen (siehe auch Kapitel 5: Schwangere Frauen in offensichtlichen Krisen, S. 5 ff.)

In der vorliegenden Arbeit wird ein kunsttherapeutisches Angebot für schwangere Frauen beschrieben, die sich in einer Frauenklinik befinden aufgrund von Komplikationen innerhalb der Schwangerschaft (siehe: Kapitel 6: Kunsttherapie in der Frauenklinik der Städtischen Kliniken Höchst, S. 20). Da die Frauen wegen der

Komplikationen als Risikoschwangere stationär in der Klinik aufgenommen sind, bezeichne ich sie im Anschluss auch als Patientinnen. Dieses kunsttherapeutische Angebot entwickelte ich konzeptionell im Rahmen meiner Weiterbildung zur Kunsttherapeutin und setzte es schließlich mit Hilfe einer engagierten Oberärztin der Frauenklinik in die Tat um. Ausgangspunkt für die Entwicklung eines Konzeptes der Kunsttherapie für Risikoschwangere war die Überlegung, dass im Rahmen eines stationären Aufenthaltes eine umfangreiche medizinische Versorgung gewährleistet ist, dass aber wenig bis gar keine Zeit zur Verfügung steht, sich um die psychische und seelische Verfassung der Patientinnen zu kümmern. Aus psychosomatischer Sicht kann aber gerade die Hinwendung zum psychischen und emotionalen Erleben eine Stabilisierung der Schwangeren und der Schwangerschaft bewirken, die Entwicklung des Kindes und die Bindung zwischen Mutter und Kind positiv beeinflussen (Uexküll 2003, S.1084 ff.)

Aus meinen bisherigen Beobachtungen und Erfahrungen innerhalb der kunsttherapeutischen Arbeit, kann es für die Patientinnen sehr entlastend sein, diesen belastenden Gefühlen einen gestalterischen Ausdruck zu verleihen. So müssen diese nicht unbewusst wirken und sich beispielsweise in körperlichen Symptomen oder seelischen Verstimmungen niederschlagen. Gerade in der Schwangerschaft ist das sehr wichtig, denn das Ungeborene im Mutterleib ist abhängig vom Befinden der Mutter. Dies beschrieb bereits Daniel Stern, amerikanischer Professor für Medizin mit dem Spezialgebiet Frühentwicklung des Kindes, in seinem Buch „Tagebuch eines Babys. Was ein Kind sieht, spürt, fühlt und denkt“ (2007). Der Psychoanalytiker Jenő Raffai untersucht die enge Verbindung zwischen Mutter und dem noch ungeborenen Kind in dem Buch „Nabelschnur der Seele“ (Raffai 2006) und stellt dies u.a. anhand von Erfahrungsberichten von werdenden und gewordenen Müttern eindrücklich dar. Aber auch in der Stressforschung bei Schwangeren wurde dieser Zusammenhang untersucht (Janus 2007, Verny 2003, DiPietro 2002, Hardenberg 2001, Chamberlain 1990).

Die Ärztin Dr. Christine Klapp, Leiterin der Psychosomatischen Sprechstunde am Berliner Virchow-Klinikum, sagte dazu: *„Wenn es der Mutter gut geht, dann geht es auch dem Kind gut. Alle Frauen, die wir kunsttherapeutisch betreut haben, konnten ihr Baby über die schlimme Zeit bringen“* (Vierheller 2000).

Es scheint, dass ein kunsttherapeutisches Angebot für die Mutter unterstützend sein kann, was sich wiederum für die bestehende Schwangerschaft und die Entwicklung des Kindes konstruktiv auswirken kann. Die zum stationären Aufenthalt begleitende Kunsttherapie kann individuell unterschiedlich wirken und ist im Einzelnen näher anhand von Fallbeispielen zu untersuchen. Das Spektrum kann von körperlicher und mentaler Entspannung, Ablenkung von ständigen Sorgen und Ängsten, einfacher Beschäftigung (z.B. bei längerem Klinikaufenthalt) bis zur Entlastung von beschwerenden Gefühlen durch kreativen Ausdruck reichen. Auch müssen unbewusste, belastende Inhalte und Emotionen (Ängste, Sorgen, Ambivalenz) so nicht unterschwellig wirken, sondern können im kreativen Ausdruck greifbarer und bewusster werden. Das wiederum kann einer Somatisierung vorbeugen. Das Gestalten könnte eine passive Haltung verändern, da Initiative und Aktivität dem Gefühl des Ausgeliefertseins entgegenstehen. Ob dies im Falle der Kunsttherapie mit Risikoschwangeren so ist, wird in dieser Arbeit beleuchtet.

4 Pränatale Entwicklung und Wahrnehmung des Ungeborenen

Die Wahrnehmungsfähigkeit Ungeborener ist groß. Ab der 3. Lebenswoche entwickeln sich Nervenzellen, und von der 11. Woche an ist der Fötus bis in die Zehenspitzen für Berührungen empfänglich. Von der 15. Lebenswoche an kann er schmecken und fühlen und bewegt sich bereits wie ein Neugeborenes. Nach der 25. Woche reagiert er dann auch auf Reize von außen wie Geräusche und Berührungen (vgl. Hardenberg 2001, S.36). Chamberlain beschreibt in seinem Buch „Woran sich Babys erinnern“ (Chamberlain 1990) die vielfältige Wahrnehmungs- und Erinnerungsfähigkeit von Embryos im Mutterleib.

Hierzu einige Untersuchungsergebnisse:

Die These, dass sich das psychische Wohlbefinden der Mutter positiv, bzw. anhaltender Stress negativ auf das Kind auswirkt, wurde in einem „Beobachtungslabor für Föten“ von Janet DiPietro, Professorin an der John Hopkins Universität von Baltimore, weltweit einmalig an mehr als 300 Schwangeren und ihren Kindern untersucht (vgl. Hadenberg 2001, S.39 ff.). DiPietro kam zu dem Ergebnis, dass anhaltender psychischer Stress auf Seiten der werdenden Mutter in Zusammenhang stehe mit Frühgeburten und einem niedrigen Geburtsgewicht des Kindes (DiPietro 2002). Hingegen verringere das psychische Wohlbefinden der Schwangeren eben diese Auswirkungen. DiPietro vermutet auch einen direkten Einfluss von psychischem Stress der Mutter auf die Entwicklung des fötalen

Nervensystems, das wiederum die kognitive und emotionale Entwicklung nach der Geburt nachhaltig beeinflusst (ebd.).

Ausschlaggebend für die Untersuchung war, dass Janet DiPietro eine Patientin mit einem Ultraschallgerät untersuchte und Folgendes dabei entdeckte. Die Patientin, selbst Säuglingsschwester, erzählte, dass sie seit Beginn der Schwangerschaft den Anblick toter Säuglinge nicht mehr ertragen könne. Bei den Worten „tote Säuglinge“ fing das Herz des Ungeborenen, auf dem Monitor deutlich sichtbar, heftig an zu schlagen. Dies veranlasste Frau DiPietro der Frage nachzugehen, wie es möglich ist, dass das Ungeborene auf das Empfinden der Mutter direkt reagiert.

Eine diesbezüglich eingeleitete Studie bestand aus detaillierten Fragebögen, mit deren Hilfe die werdenden Mütter in den letzten 16 Wochen vor der Geburt alles protokollierten was sie belastend empfanden, z.B. Beziehungsärger, Berufsstress, Geldnöte bis hin zu schlechtem Wetter. Außerdem wurden sie kurzzeitig mildem Zusatzstress wie Denksportaufgaben und rührseligen Filmen ausgesetzt. Gleichzeitig wurden die Herztöne und Kindsbewegungen der Ungeborenen aufgezeichnet.

Den genauen Weg der Übertragung der mütterlichen Empfindung hat DiPietro noch nicht entdeckt, aber sie ist auf einen bedeutenden Zusammenhang zwischen Dauerstress während der Schwangerschaft und dem späteren Seelenleben des Kindes gestoßen.

Ein Ergebnis ist, dass Frauen, die sich selbst als überdurchschnittlich gestresst, depressiv oder angsterfüllt in der Schwangerschaft erleben, häufiger Kinder mit einem unterdurchschnittlich entwickelten zentralen Nervensystem bekommen. Ein Anzeichen dafür sind auffallend gleichförmige Herztöne. Solche Kinder wirken, wie DiPietro in ihren Untersuchungen festgestellt hat, auch noch sechs Wochen nach der Geburt zurückgeblieben, sie seien schlaffer, träger und motorisch ungeschickter. Dies kann auf ein durch zu viel Stress unterdurchschnittlich entwickeltes Nervensystem hindeuten (vgl. Hardenberg 2001, S.41).

Die Beobachtungen in der Psychotherapie zur Langzeitwirkung vorgeburtlicher und geburtlicher Erfahrungen werden heute von der modernen neurobiologischen Entwicklungsforschung (Verny 2003) und der modernen Stressforschung (Van den Bergh 2002) gestützt. In einer Kurzformel kann man die neurobiologischen Befunde in der Aussage zusammenfassen, dass die Synapsenbildung und damit die Feinstruktur des Hirns in wesentlicher Hinsicht durch die Bedingungen im Mutterleib mitbestimmt sind (Janus 2007).

DiPietro beschreibt in ihrem Artikel „Prenatal/Perinatal Stress and It's Impact on Psychological Child Development“ (2002) den Zusammenhang von mütterlichem Stress und den daraus resultierenden Hormonschüben mit Auswirkungen auf den Blutdruck der Mutter und das Milieu im Uterus: *„woman's thoughts are not transmitted to the fetus because there are no direct neural connections between them, but maternal stress and emotions produce cascade of hormonal reactions and changes in blood flow to the uterus that directly influence the intrauterine milieu“* (ebd., S. 2). DiPietro konstatiert weiterhin, dass mütterlicher Stress und starke Angst in Verbindung stehen mit Komplikationen in der Schwangerschaft, Frühgeburtlichkeit und niedrigem Geburtsgewicht. Dagegen wirken positive psychologische Einflüsse, wie soziale Unterstützung und Optimismus der Mutter diesen Komplikationen entgegen (ebd.).

Zu diesem Themenkomplex forschen zurzeit einige Institute weltweit. So auch Professor Pathik D. Wadhwa von der Universität Lexington, USA. Nach ihm führt sozialer Stress während der Schwangerschaft zu einem Anstieg der Stresshormone beim Kind. Professor Wadhwa untersuchte die Auswirkungen auf die weitere Kindheit und beschrieb, dass starker mütterlicher Stress die Hirnentwicklung des Föten beeinträchtigen kann, was eine verzögerte Sprachentwicklung, gestörtes Sozialverhalten und gestörte Motorik zur Konsequenz haben könne. *„It is becoming increasingly clear that the early environment, including the biochemical environment of the mother during pregnancy, plays a critical role in interacting with the genetic material of the developing fetus to shape the development trajectory over the entire life span.“* (aus: <http://psych.org/pnews/98-05-01/stress.html>).

Eine Studie aus Avon, England (O'Connor et al. 2002) beschreibt den Zusammenhang von mütterlicher Angst in der Schwangerschaft und Verhaltensauffälligkeiten der Kinder im Alter von vier Jahren. Bei dieser Untersuchung konnte ein direkter Zusammenhang von der mütterlichen Gemütsverfassung auf die Entwicklung des fötalen Gehirns festgestellt werden, was wiederum Auswirkungen auf das Entwicklungsverhalten der Kinder nach sich zog. Es gibt bereits Tierversuche aus der so genannten „Stressforschung“, die derartige Beobachtungen physiologisch erklären.

Aus Experimenten an Ratten weiß man, dass die Puffer-Wirkung der Plazenta unter bestimmten Bedingungen beeinträchtigt wird. Wenn die Nahrungszufuhr

unzureichend ist oder die Mutter über längere Zeit unter starker Anspannung steht, dringen größere Mengen der mütterlichen Hormone, vor allem des Stress-Hormons Cortisol, über die Nabelschnur in den Blutkreislauf des Fötus' ein.

Das Stress-Hormon Cortisol beeinflusst die Programmierung der kindlichen Gemütsskala, vor allem die Art mit Stress umzugehen. Vieles deutet darauf hin, dass ein erhöhter Cortisol-Spiegel im Mutterleib ein entscheidender Auslöser für spätere psychische Probleme, wie z.B. chronische Nervosität, erhöhte Aggressivität, Angstzustände, Depressionen und Magersucht sein könnte (vgl. Hardenberg 2001, S. 41).

Ein Beispiel: Eine gesunde 17-jährige Frau gebar in den USA nach einer komplikationslosen Schwangerschaft ein Kind mit drei Magengeschwüren, das zwanzig Stunden nach der Geburt verstarb. Die junge Frau hatte die Schwangerschaft ohne körperliche Probleme durchlebt, war jedoch besonders starkem psychischem Stress ausgesetzt. Die Eltern zwangen die Frau, gegen ihren Willen den Vater des Kindes zu heiraten, der Alkoholiker war und wiederholt gewalttätig ihr gegenüber wurde. Sie selbst trug dadurch so gut wie keine direkten organischen Schäden davon (Gross 2003, S.26).

Stressreduktion ist demnach ein großes Ziel. Die Kunsttherapie könnte ein Mittel zum Stressabbau sein, was u.a. in dieser Arbeit untersucht werden soll. Belastenden Gefühlen Ausdruck zu verleihen, sowohl durch Gestalten als auch durch entlastendes Reden, kann innerhalb eines kunsttherapeutischen Angebotes geschehen. Gerade die Klientenzentrierte Kunsttherapie kann dabei sehr hilfreich sein, weil sie wenig invasiv ist, d.h. die Klientin entscheidet, wie weit und wie tief sie sich einlassen will. Das ist wichtig, weil die Kunsttherapie nicht noch ein zusätzlicher Stressfaktor sein, sondern zur Entlastung und Entspannung beitragen soll.

5 Schwangere Frauen in offensichtlichen Krisen

Dieser Abschnitt handelt deshalb von „offensichtlichen“ Krisen, weil, wie bereits erwähnt, die Schwangerschaft an sich schon als Krise erlebt werden kann, ohne dass erschwerende Umstände hinzukommen.

Solche erschwerenden Umstände können sein:

5.1 *Körperliche Beschwerden*

- Übelkeit und Erbrechen
- Schwangerschaftsdiabetes
- Blutungen
- vorzeitige Wehen (siehe Beispiel im folgenden Kapitel)
- vorzeitige Verkürzung und Öffnung des Muttermundes
- Blasensprung
- drohende Früh- oder Fehlgeburt.

Bei all diesen körperlichen Beschwerden kommt als psychische Belastung die Angst um das Ungeborene hinzu, insbesondere natürlich bei den zuletzt genannten.

Außerdem ist in diesen Fällen ein Klinikaufenthalt meist nicht zu vermeiden, der nach meinen Beobachtungen im Kontakt mit den Schwangeren selbst auch wieder belastend erlebt werden kann, beispielsweise weil bereits ein Kind zu Hause auf die Mutter verzichten muss, sich die Schwangere aus ihrer gewohnten Umgebung herausgerissen fühlt, sie sich eventuell sogar schuldig und insuffizient fühlt bezüglich der Komplikation etc. (Weimer; Vieten 2000).

5.2 *Die psychosomatische Komponente körperlicher Symptome*

Körperliche Symptome können immer auch eine psychische Komponente haben.

Unbewusste innerpsychische Konflikte und Widersprüche könnten sich auf der physischen Ebene bemerkbar machen, so zum Beispiel:

Konflikte und Widersprüche innerhalb der weiblichen Identitätssuche: Wer bin ich jetzt? Mutter, Frau, Geliebte, Berufstätige etc.?

Die verschiedenen Teilidentitäten sind nicht leicht zu integrieren. Beruf und Familie sind beispielsweise oft schwer miteinander zu vereinbaren, doch heute ist die Berufstätigkeit für die meisten Frauen ein wichtiger Teil ihrer Identität.

Erikson definiert Identität (1977) als das gelungene Ergebnis eines Kompromisses zwischen subjektivem Erleben und objektiver Realität. Der Übergang zur Mutter-,

bzw. Elternschaft bedeutet eine Entwicklung, die gelingen aber auch schwierig verlaufen und als Krise erlebt werden kann.

„Ein konflikthafter Verlauf von Schwangerschaft und Geburt sollte auch als Ausdruck von Widersprüchen gedeutet werden können, mit denen Weiblichkeit heute konfrontiert ist“, schrieb Köster-Schlutz (Köster-Schlutz 1991, S.12). Und weiter: *„Der weibliche konkurrenzfähige Körper hat heute straff und schlank zu sein. Dieses Körperbild ist eine ganz konkret verankerte Basis des weiblichen Ambivalenzkonfliktes der eigenen Fruchtbarkeit gegenüber. Dazu erzogen, allein den Tauschwert ihres Körpers hochzuhalten, soll die Frau sich nun auf einmal auf davon abweichende Veränderungen und auf seinen lebendigen Gebrauch einstellen. Nach Möglichkeit soll man ihr die Schwangerschaft nicht ansehen, unmittelbar nach der Entbindung ist eine schnelle Rückkehr zur Normalität gefordert. Die schwangere Frau kann so - vor dem Hintergrund der Leistungsgesellschaft an eine kontinuierliche und erkennbare Identität - nicht mit sich selbst identisch sein“* (Köster-Schlutz 1991, S.68).

Inkongruenz und Ambivalenz sind Anknüpfungspunkte für die Kunsttherapie. Die Annahme von einer kunsttherapeutischen Sicht aus ist, dass unbewusste Konflikte auf der bildnerischen Ebene und im Gespräch entdeckt, bearbeitet und integriert werden können. So können beispielsweise **Konflikte mit der eigenen Mutter** wach werden:

„Sowohl das kleine Mädchen als auch seine Mutter bleiben nämlich in jeder erwachsenen Frau lebendig. Beide treten spätestens dann unübersehbar in Erscheinung, wenn die frischgebackene Mutter sich die Frage nach ihrer eigenen Identität (als Frau, als Mutter und als Tochter ihrer Mutter) und der ihres Kindes stellt“ (Block 1993).

Auch die **Zuspitzung von Ambivalenzen** (Köster-Schlutz 1991) ist psychosomatisch relevant, d.h. diese Ambivalenzen können Teilfaktor oder Auslöser eines Symptoms sein.

Ein Beispiel:

Frau B. ist eine engagierte Sonderschul-Lehrerin mit eigener Klassenführung. Ihre Kolleginnen und Kollegen sind an ihre Einsatzfähigkeit gewöhnt und schätzen sie sehr. Nun ist Frau B. mit dem ersten Kind schwanger. Gegen Ende des siebten Monats fällt ihr die Arbeit immer schwerer, bestimmte

Arbeiten, die sie vorher ohne Probleme gemeistert hat, kann sie gar nicht mehr verrichten. Auch die Kollegen fühlen sich durch Frau B.s bevorstehenden Mutterschutz belastet, da sie einige ihrer Arbeiten vorübergehend übernehmen müssen, bis die Stelle durch eine Vertretung neu besetzt wird. So kommt es, dass die Kollegen bis zu Frau B.s Weggang ihre volle Arbeitskraft erwarten und kaum Rücksicht nehmen. Frau B. ist in einem Dilemma. Sie möchte einerseits die verlässliche und engagierte Kollegin bleiben, die sie immer war, andererseits spürt sie, dass sie diesem Bild nicht mehr gerecht wird.

Nun verkürzt und öffnet sich ihr Muttermund zehn Wochen vor dem errechneten Entbindungstermin, so dass sie ins Krankenhaus eingewiesen wird und strenge Bettruhe einhalten muss. Zusätzlich bekommt sie wehenhemmende Medikamente.

Nach einer Woche im Krankenhaus hat sich der Muttermund bereits wieder erholt. Frau B. bleibt krankgeschrieben bis zur Entbindung.

Meine Annahme ist, dass neben der möglicherweise erblich bedingten Muttermundschwäche sehr wahrscheinlich der Konflikt das Symptom unterstützt hat. Das Symptom verhalf Frau B., aus dem Konflikt herauszutreten.

Das Symptom ist eine Pseudolösung, ein Kompromiss zwischen Bedürfnissen und Möglichkeiten. Es ist quasi eine Art kreative Leistung, eine selbst gefundene Lösung (Brenner 1984). Wird die Bedeutung des Symptoms bewusst, kann das zu einer besseren Problemlösung und damit zu seinem Verschwinden führen.

Die Gynäkologin und Fachärztin für Psychosomatische Medizin Dr. med. Martina Rauchfuß (1999) kam in einer umfangreichen Studie zur Psychosomatik der Frühgeburtlichkeit zu folgenden zusammenfassenden Feststellungen:

„Nicht einzelne psychische und soziale Einflussfaktoren bzw. bestimmte Konfliktkonstellationen allein sind für das Auftreten einer drohenden Frühgeburt verantwortlich. Sozioökonomische Bedingungen und psychosoziale Faktoren haben aber einen wesentlichen Einfluss auf den Schwangerschaftsverlauf. Besondere Bedeutung komme aber den Bereichen Partnerschaft, Alter der Schwangeren, Sozial- und Wohnverhältnisse, Berufstätigkeit und mögliche psychische und physische Überforderung, Schwangerschaftsanamnese, Einstellung der Frau zur Schwangerschaft und Persönlichkeitsmerkmale zu. Hervorzuheben sei dabei, dass

es nicht die psychosoziale Ursache für das Auftreten einer bestimmten Schwangerschaftskomplikation gibt, es handele sich vielmehr um ein komplexes Geschehen. Persönlichkeitsfaktoren und die aktuelle Lebenssituation seien hier besonders wichtig.“ (In: Uexküll 2003, S.1090) Laut Thure von Uexküll, Arzt für psychosomatische Medizin, wird nach den meisten Autoren als wesentliches Ziel der Therapie die Hilfe bei der Anpassung an die Schwangerschaft und deren Bewältigung angesehen.

5.3 Frauen mit starken Ängsten vor der Geburt

In diese Gruppe fallen vor allem Frauen mit traumatischen Geburtserlebnissen, also Frauen, die bereits eine oder mehrere schwere Geburten hatten, und Erstgebärende. Ein Grund für die Angst letzterer kann z.B. sein, dass ihre eigene Geburt oder die von Geschwistern mit Komplikationen verbunden war.

Durch die konkrete Äußerung und Gestaltung in der Kunsttherapie können diese Ängste handhabbarer gemacht werden.

5.4 Frauen in starken Konfliktsituationen mit erheblicher psychischer Belastung

Die offensichtlichste Gruppe von Schwangeren, die sich in einer starken Konfliktsituation befinden, ist wohl die Gruppe der Frauen, die ungewollt schwanger geworden sind und ambivalente Gefühle zur Schwangerschaft, bzw. zum Kinderwunsch haben. Weitere Faktoren, die schwangere Frauen psychisch schwer belasten können, sind finanzielle und soziale Probleme oder die Abwesenheit des Kindsvaters.

Ein Beispiel:

Maria ist ungewollt schwanger geworden. Zu diesem Zeitpunkt hatte sie keinen festen Wohnsitz, lebte bei Freunden und Verwandten und war viel auf Reisen. Ihre erste Reaktion war, dass sie das Kind auf keinen Fall bekommen wolle, sie lasse sich ihr Leben nicht durch dieses Kind ruinieren. Fast trotzig verteidigte sie ihren Standpunkt gegen vermeintliche Gegenargumente.

Im Gespräch wurde dann immer deutlicher, dass Maria eine starke Ambivalenz verspürte. Einerseits wollte sie ihre Projekte in der gewohnten Intensität fortsetzen (sie ist Musikerin), andererseits sah sie die Schwangerschaft auch als Schicksal an. Ein eventueller Abbruch erschien ihr sogar als „Sünde“ (Maria kommt aus einem sehr religiösen Elternhaus), und gegen diese Einstellung wollte sie sich abgrenzen.

Ich bot ihr innerhalb einer ersten kunsttherapeutischen Begegnung an, eine kunsttherapeutische Übung zu machen, durch die sie sich eventuell klarer werden könnte, den so genannten „Blinden Kritzel“ (S.46, Blinder Kritzel):

Sie zeichnete blind einen Kritzel (orange), dann fügte sie blaue, dann gelbe und zum Schluss grüne Striche hinzu.

Als sie ihr Bild betrachtete, war sie zunächst sehr unzufrieden. Sie habe eigentlich etwas „Tanzendes“ malen wollen, das Platz hat und luftig umgeben sei. Nun sehe es aber doch aus wie ein Fötus in einer Gebärmutter. Es machte sie wütend, weil es so eng aussehe, nicht frei. Ich bot ihr an, das Bild etwas weiter weg zu halten, das gefiel ihr besser. Mit etwas Abstand fand sie das Ganze gar nicht mehr so einengend, sondern fast fließend. Sie drehte das Bild, so dass das Grüne unten rechts war, und bezeichnete es als etwas Wachsendes, Pflanzenähnliches.

Während des Prozesses wurde ihre Ambivalenz immer deutlicher. Am Ende war sie erstaunt darüber, dass ihr das Bild letztlich doch gefiel. Sie wusste zwar noch nicht, was sie nun tun würde, aber die Vorstellung, ein Kind zu bekommen erschien ihr weniger abwegig.

Den Termin für die Ausschabung, den sie bereits hatte, sagte sie am nächsten Tag ab, um sich alles in Ruhe zu überlegen.

Im darauf folgenden September bekam Maria ihr Baby.

Die Entscheidung von Maria hätte auch anders ausfallen können. Ziel war nicht, Maria davon zu überzeugen, unter allen Umständen ihr Kind zu bekommen. Vielmehr sollte die Kunsttherapiesitzung die Möglichkeit bieten, dass sich Maria ihrer widersprüchlichen Gefühle bewusst wurde und auf dieser Basis die für sie richtige Entscheidung treffen konnte. Wären diese Ambivalenzen unbewusst geblieben, hätten sie möglicherweise nach einem Schwangerschaftsabbruch zu starken Schuldgefühlen und der immer wiederkehrenden Frage geführt, ob dies die richtige Entscheidung war. Aus diesem Grund ist die Bewusstwerdung von hoher Bedeutung.

6 Kunsttherapie in der Frauenklinik der Städtischen Kliniken Höchst

Diese Untersuchung bezieht sich auf die kunsttherapeutische Arbeit innerhalb der Frauenklinik der Städtischen Kliniken Höchst. Da die Frauenklinik kein typisches Arbeitsfeld für Kunsttherapie ist, werden in diesem Kapitel das Arbeitsfeld und die Arbeitsweise näher beschrieben.

6.1 Beschreibung des Arbeitsfeldes

Das im Folgenden beschriebene Arbeitsfeld umfasst den Kreißsaal der Frauenklinik der Städtischen Kliniken Höchst mit den dazugehörigen Entbindungsstationen. Das Angebot der klientenzentrierten Kunsttherapie ist eine Neuheit in dieser Klinik. Es gibt meines derzeitigen Wissens zurzeit nur vier weitere Krankenhäuser in Deutschland, die ein fest etabliertes kunsttherapeutisches Angebot innerhalb der Geburtshilfe haben, die Charité in Berlin, die Frauenklinik der medizinischen Hochschule Hannover, das Vinzenz-Pallotti-Hospital in Bensberg und die Frauenklinik Bremen – Mitte (Vierheller 2000).

Es wird davon ausgegangen, dass die Kunsttherapie den Frauen helfen kann, besser mit der Krisensituation umzugehen, da „die Klientinnen (...) dabei auch mit ihren kreativen Anteilen wahrgenommen (werden), die vorrangige Fixierung auf die defizitären Persönlichkeits- und Problemkonstellationen weicht einer die kreative Potentialität unterstützenden Sichtweise“ (Nölke/Willis 2002). Ob und wie genau dies der Fall ist, muss noch erforscht werden.

Seit September 2003 biete ich Kunsttherapie für Frauen an, die:

- in der Schwangerschaft lange liegen müssen und sich nicht bewegen dürfen, denn dafür bewegt sich in der Psyche der Patientinnen oft um so mehr, wofür der kreative Ausdruck ein geeignetes Mittel sein kann.
- eine Frühgeburt hatten und deren Kind in der Kinderklinik liegt.
- eine Totgeburt erlitten haben.

Bis zum jetzigen Zeitpunkt haben jedoch nur die lange liegenden Schwangeren dieses Angebot angenommen und damit aufgehört, als das Baby zur Welt kam, selbst wenn es noch eine geraume Zeit in der Kinderklinik bleiben musste.

Meine Anbindung an die Klinik besteht im Kontakt zur leitenden Oberärztin des Kreißsaals, mit der ich jede Woche telefoniere und bespreche, ob es neue

interessierte Patientinnen gibt. Sie schildert mir dann kurz die Anamnese, und ich stelle mich danach der Frau vor. Im Anschluss jeder Sitzung schreibe ich ein Verlaufsprotokoll, das ich wiederum an die Ärztin zurückgebe. Mittlerweile ist das Angebot aber schon so bekannt, dass mich Krankenschwestern der Stationen anrufen, wenn eine Patientin Interesse an dem kunsttherapeutischen Angebot hat. Außerdem wird die Kunsttherapie von ärztlicher Seite mittlerweile regelrecht verordnet, wobei die Patientinnen natürlich dazu bereit sein müssen, sich auf das Angebot einzulassen. Die Klinik übernimmt die Kosten für die stationäre Kunsttherapie.

Die Kunsttherapie findet direkt am Bett statt, wenn die Frauen nicht aufstehen dürfen. Sind sie in einem Mehrbettzimmer untergebracht, werden sie mit dem Rollstuhl oder im Bett in einen separaten Raum gefahren, wo wir dann die kunsttherapeutische Stunde abhalten.

Nach meiner bisherigen Erfahrung erleben sich die Schwangeren, die während eines langen Klinikaufenthaltes nicht aufstehen dürfen, z.T. nicht einmal selbstständig zur Toilette gehen oder selbst duschen können, äußerst abhängig, wenig selbstwirksam, teilweise als Belastung für das Personal und auch für die Angehörigen. Sie entwickeln häufig ein Gefühl der Ohnmacht, oft auch Schuldgefühle. Sie geben sich selbst die Schuld für ihren momentanen Zustand, weil sie sich nicht genug geschont haben oder Ähnliches. All dies schwächt Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl. Im Rahmen der Kunsttherapie können die Schwangeren einen Freiraum erhalten, in dem sie das eigene Handeln erfahren und das gestalterische Tun erproben können, um Ganzheitlichkeit und Wohlbefinden (vgl. Zirfreund 1986), sowie Selbstbewusstsein und Selbstbestimmung zu erreichen (vgl. Gugger 1991).

6.2 Material

Im Folgenden wird das Material beschrieben, das den Patientinnen für die Gestaltung zur Verfügung steht. Es befindet sich in einem Handwagen, so dass es leicht von Krankenzimmer zu Krankenzimmer zu transportieren ist. Dieser Zusammenstellung der Materialien liegt eine bewusste Vorauswahl für diese spezifische Situation zugrunde, d.h. alle Materialien sind einfach in ihrer Handhabung und für Patientinnen mit strenger Bettruhe mit Hilfe eines Malbrettes, das an die aufgestellten Beine angelehnt werden kann, zu verwenden. Die Materialauswahl

kann sich aufgrund eines bestimmten Materialwunsches einer Patientin auch erweitern.

- (Öl)Wachskreide.

Die Wachskreide ist ein einfach zu verwendendes Material, das kaum einer Erklärung zur Handhabung bedarf. Fast jeder kennt sie aus der eigenen Kindheit, sie kann direkt ohne weitere Hilfsmittel (z.B. Pinsel, Wasser, Schere etc.) verwendet werden. Sie ist relativ sauber, d.h. sie hinterlässt keine Spuren an den Händen oder an sonstigen Stellen, an denen sie nicht erwünscht ist. Wachskreide kann starken Druck aushalten. So können auch starke Gefühle mit kräftiger Gestik zum Ausdruck gebracht werden. Sie sind vielseitig einsetzbar, es können damit sowohl Details gezeichnet als auch größere Flächen ausgefüllt werden.

- Pastellkreide

Pastellkreide „kommt in ihrem Aussehen dem getrockneten Farbpulver am nächsten“ (Doerner 1960, S. 220). Dieses Material ist sowohl an sich, als auch bereits vermalt auf dem Maluntergrund sehr empfindlich. Wenn die Kreide hinunterfällt, dann bricht sie. Das ist aber nicht weiter schlimm, denn die kleineren Kreidestücke lassen sich auch gut verwenden, für bestimmte Details sogar besser als die langen Kreiden. Die bereits vermalte Kreide ist auf dem Maluntergrund leicht zu verwischen, weil die Farbe nur lose auf dem Grund haftet. Die Pastellkreiden sind stark in ihrer Farbintensität und sehr weich in ihrer Strichführung. Mit ihnen lassen sich leichter Flächen ausmalen als Details zeichnen. Die Farben können mit den Fingern, einem Pinsel oder einem Tuch vermischt werden und „erziel(en) so ungemein weiche, samtige Töne, bei denen es allerdings (weniger) auf peinliche Genauigkeit ankommt“ (Doerner, S. 223). Große Flächen können mit der Breitseite der Kreide ausgefüllt werden. Die locker aufsitzende Farbe kann durch Wegpusten relativ gut entfernt werden. Als geeigneter Maluntergrund eignet sich besonders Papier, Pappe oder Gewebe, die eine gewisse Rauigkeit besitzen. Ist der Grund zu rau, dann schluckt er viel Farbe und verzögert die Arbeit (Doerner S. 222).

Der direkte Kontakt mit der Pastellkreide kann Spuren an den Händen hinterlassen, auch wenn man über das bereits bemalte Blatt fährt. Das Undifferenzierte des Materials kann entspannend oder auch verunsichernd erlebt werden.

- Deckfarbe

Die Deckfarbe ist wegen der zusätzlichen Verwendung von Wasser etwas komplexer in der Anwendung, da Pinsel und Wassertopf benötigt werden. Dennoch ist auch dieses Material jedem aus der Kindheit, insbesondere der Schulzeit, vertraut, d.h. die Hemmschwelle es zu benutzen ist relativ gering, ähnlich wie bei der Wachskreide. Mit Deckfarbe lassen sich Farben einfach mischen und sowohl dünn als auch kräftig auftragen, so dass feine Nuancen in der Farbgebung besser möglich sind als z.B. bei den Wachskreiden. Im Gegensatz zur Aquarellfarbe ist es „bedeutend leichter, gleichmäßige Flächen anzulegen oder bereits hingeseetzte Farbe wieder zu überdecken, wie man überhaupt damit einen mehr körperhaften Werkstoff im Pinsel hat“ (Wehlte 1967, S. 528). Dagegen sieht das frisch Gemalte anders aus als dasselbe im getrockneten Zustand. Deckfarbe bedarf keines besonderen Maluntergrundes, wie es beispielsweise bei Aquarellfarbe und Pastellkreide günstig ist. Sie trocknet schnell und muss nicht nachbehandelt werden.

- Aquarellfarbe

Die Aquarellfarbe ist mit Wasser sehr leicht löslich (lat.: aqua = Wasser). Sie hat gegenüber der Deckfarbe als besondere Qualität den Vorzug, dass sie in verschiedener Weise benutzt werden kann. Sie kann einerseits ähnlich wie die Deckfarbe verwendet werden. Sie bietet andererseits aber auch die Möglichkeit, gezielt Akzente zu setzen. So kann beispielsweise die nasse Farbe auf mit einem Schwamm befeuchtetes Papier aufgetragen werden (Nass-in-nass-Technik), wodurch die Farben stark ineinander fließen. Lässt man nun die Farbe antrocknen und trägt erneut Farbe auf, können bestimmte Bildteile hervorgehoben werden. Auf rauen, gekörnten Papieren wirken die Farben optisch günstiger und haften besser (Doerner, S. 229).

Die Hemmschwelle, Aquarellfarbe zu benutzen scheint höher zu sein, als bei den zuvor genannten Materialien. Die Patientinnen wünschen sich meistens eine Einweisung in die Benutzung des Materials, beziehungsweise wenden es erst nach vorangegangener Vorstellung an. An besonders heißen Tagen wird die Aquarellfarbe gerne mit viel Wasser von Patientinnen verwendet. Möglicherweise empfinden sie das „Schwelgen in Wasser“ als kühlend. Als Motiv wird dazu oft das Meer oder Schatten spendender Wald gewählt.

- Buntstifte

Buntstifte sind ebenfalls ein bekanntes Material, obwohl es in meiner Praxis selten verwendet wird. Mit Buntstiften können Bildinhalte klar umrissen oder auch beschriftet werden (z.B. bei der Gestaltung eines Lebenslaufes, siehe Kapitel kunsttherapeutische Methoden, Lebenslauf), sie ermöglichen aber auch weiche Farbabstufungen.

- Bleistift

Der Bleistift wird heute zwar noch Bleistift genannt, dennoch besteht er nicht mehr aus Blei, wie damals, als die Griechen in antiker Zeit dünne Bleischeiben verwendeten. Später wurde schwacher Bleidraht, den man wegen seiner geringen Stabilität in Holz fasste, als Schreibstift gebraucht. Seit 1595 wurde metallisch glänzender Graphit verwendet. Die zurechtgesägten Graphitstücke ergaben schöne, schwarze Striche. Die weiche Beschaffenheit und die gute Gleitfähigkeit erwiesen sich als Vorteil. Außerdem ließ sich dieses Material ausgezeichnet verwischen. Um das Material zu härten, um auch feinere Striche zeichnen zu können, wurde Schwefel hinzugefügt. Der Franzose Nicolas Jacques Conté machte den Graphitstift durch weitere Zusätze von feingeschlämmtem Ton zum pulverisierten Graphit und durch nachträgliches Brennen der dünnen in Holz gefassten Mienen zu dem „Bleistift“, den wir heute kennen, mit unterschiedlichen Härtegraden (Wehlte 1967, S. 538). Der Bleistift erlaubt präzise Linienführung und ist jederzeit wieder auszuradieren. Mit dem Bleistift kann man gezielt Details ausarbeiten und genau zeichnen.

- Collagematerial (Zeitschriften, Fotos, buntes Papier, alte Fotokalender)

Für Collagen stehen unterschiedliche Zeitschriften, Illustrierte, Fotokalender zur Verfügung, u.a. Frauenzeitschriften, Zeitungen zum Thema Schwangerschaft und Geburt, Familie, Politik und Tagesgeschehen. Fotokalender beinhalten häufig Naturaufnahmen oder Kunstdrucke, die Ausgangspunkt für eine eigene Gestaltung sein können. Die ausgesuchten Bilder, Bildteile, Worte oder Farbschnipsel werden in einem eigenen, neuen Zusammenhang zu einem Bild zusammengeklebt. Collagematerial eignet sich gut als Einstieg für diejenigen, die besonders große Widerstände oder Angst vor der eigenen Gestaltung auf dem weißen Blatt entwickeln. Da die Objekte bei der Collage bereits vorhanden sind, ebenso menschliche bzw. figürliche Darstellungen, kann dies die Hemmung und eventuelle Scham vor dem vermeintlichen Nicht-Können verringern.

Das Ausschneiden oder Reißen und Zerschneiden kann helfen, gewisse aggressive Gefühle und Impulse auszuagieren.

- Ton

Die Geschmeidigkeit und Formbarkeit macht den Ton zu einem vielfältigen Medium. Er kann verschiedene Qualitäten haben: erdig, 'schmutzig', matschig, weich, trocken, hart, spröde. Im Grunde ist Ton jedoch ein sauberes Material. Ton ermöglicht durch seine haptischen Eigenschaften eine sehr intensive Sinneswahrnehmung. Beim Bearbeiten oder Ertasten des Tons mit geschlossenen Augen werden die taktilen und kinästhetischen Erlebnisse intensiviert, da die kritische Kontrolle und Interpretation des Auges ausgeschaltet wird. Man kann den Ton kneten, schlagen, werfen, auseinander reißen oder ihn mit weichen, streichenden Bewegungen formen. Ton kann eine beruhigende und entspannende Wirkung haben. Solange der Ton nicht getrocknet ist, bleibt er immer wieder veränderbar. Daraus ergibt sich sein Experimentiercharakter. Der Widerstand, den der Ton bietet, richtet sich danach, wie viel Wasser ihm zugefügt wird. Mischt man ihn mit viel Wasser, so erhält man eine breiige Konsistenz, die sich gut zum Schmieren eignet. Ton ist für alle Altersstufen

geeignet. Doch gerade Kinder mit Wahrnehmungs- und Motorikstörungen brauchen diese sinnlichen Erfahrungen mit Ton. Ton ist ein Naturmaterial, das sich zunächst kalt anfühlt und unter der Bearbeitung Körperwärme annimmt. Ton ist ein Material, das viele Emotionen transportieren kann, beispielsweise Wut. Dann wird der Ton geknetet und gewalkt. Manchmal wird er auch gestreichelt. Es entstehen häufig Figuren, die an Selbstdarstellungen erinnern, z.B. eine liegende Figur oder eine weibliche Figur mit Baby im Arm.

Von den stationär liegenden Risikoschwangeren wird der Ton oft nicht zur Gestaltung gewählt, weil es schwierig ist, ihn mit einer Braunüle (Nadel für Infusionen und Wehen hemmende Mittel) in der Hand zu bearbeiten.

- Zeichenkohle

Die Zeichenkohle, auch Holzkohle, ist wohl neben vorgeschichtlicher Ritzzeichnungen auf Stein oder Knochen das älteste und einfachste Zeichenmaterial. Es gibt zwei verschiedene Arten von Holzkohle, solche, die aus dünnen Zweigen hergestellt werden, und solche, die aus zu Spänen aufgespalteten Holzbrettchen gemacht werden. Nach früheren Rezepten umhüllte man schwache Bündel davon mit einem dicken Lehm mantel, oder man setzte sie in Töpfen mit sorgfältig verschmiertem Deckel unter Luftabschluss so lange dem Feuer aus, bis eine vollkommene Verkohlung eingetreten war. Heute geschieht die Herstellung größerer Mengen auf rationellere Weise (Wehlte S. 532).

Das Besondere an der Zeichenkohle ist, dass sie weicher ist als die meisten Bleistifte und dennoch stark in der Farbtintensität. Sie ist ein Naturmaterial, hat eine eigene Form und Konsistenz. Die Zeichenkohle ist leicht zu verwischen, oder durch Abblasen oder einen Knetgummi zu entfernen.

Die Zeichenkohle hinterlässt Spuren an den Händen, wodurch sie möglicherweise in meiner Praxis nicht so oft verwendet wird. Bislang wurde sie von einer Patientin verwendet, der der Bleistift zu dünn und zu schwach in der Farbe war. Mit der Kohle konnte sie den Strich außerdem verwischen, wenn er nicht exakt war, so dass sie insgesamt mit ihrem Werk zufriedener war.

- „Märchenwolle“

Die so genannte „Märchenwolle“ ist gekämmte und gefärbte Schafswolle. Mit dieser Wolle lassen sich kleine Figuren, Mobiles oder Bälle herstellen, entweder durch das so genannte „Nadelfilzen“ oder das „Nass-Filzen“.

Beim Nadelfilzen wird die Wolle mit einer Stahlnadel in der Stärke einer starken Nähnaedel mit kleinen Widerhaken immer wieder bearbeitet, bis sich die Wolle „verfilzt“ hat, was bedeutet, dass sie zu einem relativ festen Gewebe verbunden wurde.

Mit dieser Technik lassen sich Gegenstände entweder für das Ungeborene oder eventuelle Geschwisterkinder herstellen. Für das Baby werden häufig kleine Bälle mit einem Glöckchen im Innern und für die Geschwisterkinder z.B. Obst und Gemüse für den Spielzeug-Kaufladen hergestellt. „Nass-Filzens“ bedeutet, dass mit sehr heißem Wasser und Kernseife die Wolle geknetet und gewalkt wird, bis sich die Wollfasern zu einem Gewebe verbunden haben. Dieses Material wird häufig von Patientinnen verwendet, die sich durch eine Beschäftigung ablenken möchten und während der Gestaltung das Gespräch suchen. Trotz des offensichtlichen Wunsches der Patientinnen, sich zunächst eher abzulenken, statt sich direkt mit ihrem inneren Erleben auseinanderzusetzen, gestaltet sich der kreative Prozess häufig parallel dem Prozess der Schwangerschaft, bzw. dem innerpsychischen Prozess der Patientin.

Ein Beispiel:

Eine Patientin, schwanger mit dem dritten Kind, kam mit wiederkehrenden Blutungen in einer frühen Schwangerschaftswoche in die Klinik. Sie wollte das kunsttherapeutische Angebot wahrnehmen, um sich abzulenken von den Sorgen und Ängsten um das Kind. Sie entschloss sich dazu, mit Märchenwolle einen Beutel zu filzen. Ich versuchte ihr zu erklären, dass die Technik des Nassfilzens in ihrer Situation mit absoluter Bettruhe wohl eher nicht geeignet sei, da man dafür fast kochendes Wasser braucht, und die Patientin in quasi liegender Position schwer die Wolle walken und filzen könne. Dennoch beharrte die Patientin darauf mit der Begründung, dass das von mir vorgeschlagene Nadelfilzen ihr zu mühsam sei. Dafür hätte sie die Geduld nicht. So begann der kreative Prozess. Die Wolle verfilzte sich nicht richtig, das Wasser war nicht heiß genug und die Patientin durfte

auch nicht soviel Kraft aufwenden. Nach ca. drei Stunden (die Patientin arbeitete auch nach der kunsttherapeutischen Sitzung weiter) gab die Patientin auf und sagte später, dass ihr dieses Unterfangen so vorkomme, wie die Schwangerschaft, man wisse nicht, „ob es überhaupt etwas wird“. Leider hatte die Patientin mit diesem Ausspruch nur allzu sehr Recht, denn sie gebar in der darauf folgenden Woche ihr Kind, das zum einen durch die Frühgeburt (27.Schwangerschaftswoche) sehr klein und schwach war, zum anderen einen Herzfehler hatte und schließlich daran nach drei Tagen verstarb.

- Schere und Klebstoff

Klebstoffe stehen in verschiedenen Arten zur Verfügung: Kreppklebeband, Papierklebestifte (Pritt), flüssiger Alleskleber in Tuben und Tesafilmrollen. Am häufigsten werden die Papierklebestifte verwendet (z.B. für Papiercollagen), möglicherweise, weil sie beim Arbeiten im Bett mühelos und sauber zu verwenden sind. Mit dem Kreppklebeband wird das Papier auf einem Malbrett befestigt, so dass es den Patientinnen leichter fällt, im Liegezustand zu malen. Ich befestige schließlich mit eben diesem Kreppklebeband die entstandenen Arbeiten auf Wunsch an der Wand des Patientinnenzimmers.

- Papier

Papier ist in verschiedenen Größen (DIN A2, DIN A3, DIN A4, 40 x 40 cm) und Qualitäten vorhanden, das nach Wunsch und Bedarf von der Klientin selbst ausgewählt wird. Für Aquarellfarben steht spezielles Aquarellpapier zur Verfügung, das sich durch seine angeraute Oberfläche und durch seine Saugfähigkeit auszeichnet. Ebenso gibt es farbiges Papier, das häufig als Untergrund für Collagen oder in Verbindung mit Kreiden verwendet wird.

Wenn eine Frau einen bestimmten Materialwunsch hat, versuche ich das Material zu besorgen. So wünschte sich z.B. eine Frau mit Filz zu arbeiten, da sie nicht gerne male; eine andere wollte gerne einen Linoldruck gestalten. Soweit es möglich ist, versuche ich diesen Wünschen nachzukommen. Zum Linoldruck muss ich allerdings sagen, dass der Wunsch der Patientin letztlich nicht direkt umgesetzt werden konnte,

da die Patientin absolute Bettruhe einhalten musste und der aufzuwendende Druck auf die Linolplatte eine zu starke Belastung für den Uterus darstellte. So stellte ich für die Patientin eine Wachsplatte her, in die sie mit einer kleinen Nagelfeile ihr Motiv einritzen konnte.

6.3 Arbeitsweise

Die Kunsttherapie am Krankenbett wird hauptsächlich mit einfach zu verwendenden Materialien angeboten (S.21, Material). Entspannung durch Atemübungen und Phantasiereisen sowie Gespräche unterstützen den kreativen Prozess (S.30, In Kunsttherapeutischen Sitzungen zusätzlich verwendete Methoden).

Eine kunsttherapeutische Stunde umfasst 50 Minuten, eine Doppelstunde 90 Minuten. Die letzten fünf Minuten sage ich an, damit die Patientinnen innerhalb des Prozesses zu einem Abschluss kommen können. Normalerweise bekommt jede Patientin eine kunsttherapeutische Stunde pro Woche, doch je nach Bedürfnislage ist es möglich, die Frequenz zu erhöhen oder eine Doppelstunde pro Woche auszumachen.

Das gestalterische Arbeiten findet in einem „bewertungsfreien Raum“ statt, d.h. ich versuche eine Atmosphäre herzustellen, in der das Arbeiten frei sein kann von dem Gedanken, eine Leistung vollbringen zu müssen. Die Lust am Tun steht im Vordergrund. Es geht nicht darum explizit Kunst zu machen, sondern der Kreativität freien Lauf zu lassen und sich dadurch selbst zu begegnen. Die entstandenen Werke können Ausgangspunkt für ein Gespräch sein, müssen es aber nicht.

Da sich die Frauen meist in einem erhöhten Spannungs- und Angstzustand befinden und sich oft nur für eine relativ kurze Zeitspanne (2-15 Wochen) in der Klinik befinden, versuche ich im Sinne einer Krisenintervention ein eher stabilisierendes Angebot zu machen, das an vorhandene Kraftquellen und Ressourcen anknüpft. So sind beispielsweise Entspannung durch Phantasiereisen oder Progressive Muskelentspannung (S. 30, Progressive Muskelentspannung nach Jacobson (Jacobson 2002)) und das körpertherapeutische Verfahren der Funktionellen Entspannung nach Marianne Fuchs (S.39, Funktionelle Entspannung (FE)) ein relativ fester Bestandteil der Stunden (siehe Kapitel kunsttherapeutische Methoden).

6.4 Exkurs: Krisenintervention

Definition „Krise“ (nach Strotzka, 1982):

Unter Krise wird im Allgemeinen ein Zustand einer Person oder Gruppe verstanden, in dem eine akute Belastung die Grenze der Bewältigungsfähigkeit entweder schon

überschritten hat oder zu überschreiten droht. Genügen die verfügbaren Abwehrmechanismen nicht, kommt es zur Symptombildung.

Die kunsttherapeutische Arbeit mit schwangeren Frauen, die längere Zeit stationär liegen müssen, gestalte ich im Sinne einer Krisenintervention, denn die Frauen befinden sich so gut wie immer in einer erhöhten Stressbelastung, sind verunsichert und verletzlich. Außerdem ist die Zeitbegrenzung ein markantes Merkmal dieser Arbeit, denn der Krankenhausaufenthalt ist zunächst auf die Zeit bis zum regulären Geburtstermin begrenzt. Häufig kommen die Babys auch früher oder den Frauen geht es besser, so dass sie noch vor der Entbindung entlassen werden können. Die akute Krise geht oft einher mit Angst, Unruhe, Depressivität, dem Gefühl der Ohnmacht und Überforderung. Praktisch sieht das so aus, dass ich ein eher stabilisierendes Angebot mache, wobei Entspannungstechniken einen Teil der Zeit einnehmen. Die Frauen haben die Möglichkeit, sich durch das gestalterische und verbale Ausdrücken ihrer Ängste und Beschwerden zu entlasten. Gleichzeitig versuche ich durch gezielte Themenwahl und die Entspannung, einen Gegenpol zu setzen, um vorhandene Ressourcen zu aktivieren und sie aus der erlebten Hilflosigkeit herauszuführen.

6.5 In Kunsttherapeutischen Sitzungen zusätzlich verwendete Methoden

Die Zusammenstellung der im Folgenden beschriebenen Methoden und angewandten Techniken beruht auf selbständig erarbeiteten Praxiserfahrungen. Sie erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit, da sich die Methoden und Techniken durch neue Klientinnenkontakte erweitern und differenzieren können. Dies entspricht dem klientenzentrierten Ansatz. Der Ablauf der Sitzungen ist meist so strukturiert: Nach der Begrüßung biete ich einen Einstieg über eine Entspannungstechnik an, damit die Patientinnen die Möglichkeit haben, sich auf ihr inneres Erleben zu konzentrieren und dieses wahrzunehmen. Dieser Einstieg kann zwischen drei und zwanzig Minuten dauern, je nach Methode und Wunsch der Klientin. Ich variere zwischen den folgenden Möglichkeiten:

6.5.1 Progressive Muskelentspannung nach Jacobson (Jacobson 2002)

Die Progressive Muskelentspannung oder auch Progressive Muskelrelaxation ist per se keine kunsttherapeutische Methode, sondern ist ein anerkanntes Entspannungsverfahren, das sich aber sehr gut speziell in dieses Arbeitsfeld integrieren lässt. Das Ziel der Progressiven Muskelentspannung nach Jacobson ist

die gefühlte Entspannung, die durch die tatsächliche Entspannung der Muskeln entsteht. Die tatsächliche Entspannung der Muskeln wird provoziert und verstärkt durch die vorherige Anspannung der Muskeln. Durch die bewusste Anspannung und das anschließende Lösen eben dieser ist es oftmals leichter, gerade durch den Unterschied von Anspannung und Entspannung die Entspannung zu spüren. Befindet sich der Körper ohnehin bereits in einem erhöhten Spannungszustand, kann das bewusste Anspannen helfen, sich im Anschluss zu entspannen, einfach durch das Lösen der bewussten Anspannung beispielsweise durch das Öffnen einer zuvor geballten Faust. Das Prinzip lautet: zur Ruhe kommen, Muskeln anspannen, wieder loslassen, der erlebten Entspannung nachspüren.

Insbesondere bei schwangeren Frauen mit vorzeitigen Wehen kann die Progressive Muskelentspannung parallel zu Wehen hemmenden Medikamenten positiv sein, da einerseits die vorzeitigen Wehen an sich einen erhöhten Spannungszustand bedeuten, andererseits die Wehen hemmenden Medikamente einen stark erhöhten Puls verursachen können. Es wäre zu untersuchen, ob es einen Zusammenhang gibt zwischen regelmäßiger Progressiver Muskelentspannung und dem Herabsetzen - Können der Wehen hemmenden Medikamente auf eine geringere Dosierung. Im Folgenden wird nun die Langform der Progressiven Muskelentspannung vorgestellt. Wenn sie beherrscht wird, kann sie verkürzt werden, indem bestimmte Bereiche des Körpers zusammen an- und entspannt werden, z.B. beide Hände gleichzeitig oder beide Beine bis hin zum ganzen Körper kurzzeitig anzuspannen.

Praxisanleitung der Progressiven Muskelentspannung ¹

„Legen Sie sich bequem hin, die Arme liegen locker neben dem Körper, die Beine sind ausgestreckt. Die Zehenspitzen fallen leicht nach außen. Wenn Sie eine angenehme Position gefunden haben, schließen Sie die Augen. Atmen Sie ruhig und tief. Atmen Sie in Ihrem Rhythmus, so wie es für Sie angenehm ist, tief ein und aus.“

Wenn wir gleich mit den Übungen beginnen, achten Sie darauf, die Muskeln nur leicht anzuspannen, so leicht, dass Sie die Anspannung gerade noch spüren. Es genügt völlig, wenn Sie den Unterschied zwischen Anspannung und Entspannung gerade wahrnehmen können. Wichtig ist, dabei gleichmäßig und ruhig weiterzuatmen. Achten Sie darauf, dass Sie den Atem nicht anhalten. Atmen Sie gleichmäßig und ruhig weiter. Falls Sie bei manchen Muskeln bei der Anspannung Beschwerden fühlen, lassen Sie die Anspannung dieser Muskeln einfach aus und konzentrieren sich darauf, sich ohne Anspannung innerlich locker zu lassen.² Nutzen Sie von den folgenden Anleitungen nur diejenigen, die Ihnen helfen, sich zu entspannen und wohl zu fühlen.

Beginnen wir nun mit den Übungen:

Konzentrieren Sie sich zunächst nur auf Ihre rechte Hand. Spüren Sie, wie Ihre Hand aufliegt, wie sie sich anfühlt. Machen Sie nun eine ganz leichte Faust. Achten Sie auf das ganz leichte Gefühl von Anspannung und atmen Sie dabei ruhig weiter. Mit dem nächsten Ausatmen lassen Sie die Hand wieder locker und entspannen. Konzentrieren Sie sich weiter auf die Muskeln, in den Fingern, der

¹ Text gesprochen auf einer Audiokassette der Techniker Krankenkasse „Progressive Muskelentspannung“ von 1996. Wissenschaftliche Beratung und Text: Prof. Dr. Dr. Heinz – Dieter Basler und Hans Peter Rehfisch.

² Bei den schwangeren Patientinnen lasse ich prinzipiell das Anspannen der Brust, Rücken und Bauchmuskulatur aus, um keine Wehen auszulösen.

Hand, im Unterarm. Spüren Sie, wie sich diese Muskeln nach dem Loslassen der leichten Anspannung anfühlen. Spüren Sie den Unterschied zwischen der leichten Anspannung von vorhin und dem Loslassen der Muskeln jetzt. Sollten Sie das Gefühl haben, keinen Unterschied zu spüren, ist auch das in Ordnung. Bleiben Sie mit ihrer Aufmerksamkeit bei den Muskeln, die gerade angespannt waren.

Wir machen nun weiter mit dem Oberarm. Als nächstes spannen Sie den rechten Oberarm an, indem Sie den Arm mit geöffneter Hand leicht anwinkeln. Machen Sie dies jetzt. Achten Sie auf dieses leichte Gefühl der Anspannung, atmen Sie weiter. Mit dem nächsten Ausatmen lassen Sie den Arm sinken und legen Sie die Hand wieder ganz bequem auf. Lassen Sie die Oberarmmuskulatur wieder los. Ganz gelöst, entspannt und locker. Achten Sie auf die Muskeln, darauf, wie sie sich jetzt nach dem Loslassen anfühlen, und lassen Sie innerlich ganz locker. Der Oberarm wird mehr und mehr entspannt. Ganz gelöst entspannt und locker. Lassen Sie den rechten Arm entspannt liegen und gehen sie über zum linken Arm. Spannen Sie die linke Hand an, indem Sie eine ganz leichte Faust bilden. Machen Sie dies jetzt. Achten Sie auf dieses nur ganz leichte Gefühl der Anspannung. Mit dem nächsten Ausatmen lassen Sie wieder locker und entspannen. Legen Sie die Hand wieder ganz bequem auf. Lassen Sie alle Anspannung aus der Hand entweichen und achten Sie darauf, wie dieses ganz leichte Gefühl von Anspannung sich langsam auflöst und weniger und weniger wird. Lassen Sie die Muskeln in der Hand und im Unterarm innerlich ganz locker. Ganz gelöst, entspannt und locker. Spüren Sie den Unterschied zwischen dieser leichten Anspannung von vorhin und dem Loslassen der Muskeln jetzt. Selbst wenn Sie das Gefühl haben, keinen Unterschied zu spüren, auch das ist in Ordnung. Bleiben Sie immer mit ihrer Aufmerksamkeit bei den Muskeln, die gerade angespannt waren.

Richten Sie ihre Aufmerksamkeit nun auf Ihren linken Oberarm. Winkeln Sie den linken Arm mit offener Hand leicht an. Machen Sie dies jetzt. Achten Sie auf das ganz leichte Gefühl von Anspannung. Mit dem nächsten Ausatmen lassen Sie den Arm wieder sinken und lassen die Muskeln im Oberarm locker und entspannen. Lassen Sie alle Anspannung aus dem Oberarm entweichen und legen die Hand wieder ganz bequem auf. Spüren Sie, wie dieses leichte Gefühl von Anspannung sich langsam auflöst und weniger und weniger wird. Spüren Sie den Unterschied zwischen dieser leichten Anspannung und dem Loslassen der Muskeln. Lassen Sie die Muskeln innerlich ganz locker. Ganz gelöst, entspannt und locker.

Wir machen weiter mit dem Kopf und beginnen dort mit der Stirn. Legen Sie die Stirn ganz leicht in Falten, indem Sie die Stirn nach oben ziehen. Machen Sie dies jetzt. Achten Sie auf dieses ganz leichte Gefühl der Anspannung. Mit dem nächsten Ausatmen lassen Sie die Stirn locker und entspannen. Lösen Sie alle Unebenheiten auf der Stirn, so dass die Stirn innerlich glatt werden kann, so glatt wie eine Wand. Bleiben Sie mit Ihrer Aufmerksamkeit immer bei den Muskeln, die Sie entspannen. Falls Ihre Gedanken abschweifen, registrieren Sie dies und kehren Sie mit ihrer Aufmerksamkeit einfach wieder zu der Muskulatur zurück.

Lassen Sie alle Anspannung aus der Stirn entweichen. Lassen Sie die Stirn ganz gelöst entspannt und locker. Als nächstes spannen Sie die Augenmuskulatur an. Drücken Sie dabei die Augen ganz leicht zusammen. Machen Sie dies jetzt. Achten Sie auf das ganz leichte Gefühl von Anspannung. Mit dem nächsten Ausatmen lassen Sie wieder locker und entspannen. Lassen Sie alle Anspannung aus der Augenmuskulatur entweichen, so dass die Muskulatur um die Augen herum ganz weich und weit wird, ganz gelöst, entspannt und locker. Spüren Sie wie das Gefühl von Anspannung sich langsam auflöst und weniger und weniger wird. Wir machen weiter mit dem Nasen- und Wangenbereich. Ziehen sie die Nase ganz leicht nach oben. Machen sie dies jetzt. Achten Sie auf dieses ganz leichte Gefühl von Anspannung. Mit dem nächsten Ausatmen lassen Sie wieder locker. Lassen Sie alle Anspannung aus der Nasenmuskulatur und dem Wangenbereich entweichen. Spüren Sie den Unterschied zwischen der leichten Anspannung und dem Loslassen. Lassen Sie innerlich ganz locker. Sie sind ganz gelöst entspannt und locker. Wir gehen dann über zur Lippenmuskulatur. Spannen Sie die Lippen an, indem Sie einen leichten „Schmollmund“ machen. Machen Sie dies jetzt. Achten Sie auf das nur ganz leichte Gefühl von Anspannung um den Mund herum. Mit dem nächsten Ausatmen lassen Sie wieder locker und entspannen. Lassen Sie alles los, so dass die Muskeln um den Mund herum ganz weich und weit werden können. Lassen Sie innerlich ganz locker, ganz gelöst entspannt und locker. Spüren Sie, wie sich fast unmerklich Entspannung über das ganze Gesicht ausbreitet. Lassen Sie das Gefühl von Entspannung sich mehr und mehr ausbreiten und tiefer und tiefer werden. Wir machen nun weiter mit der Kiefermuskulatur. Drücken Sie dazu die Zähne leicht aufeinander. Machen Sie dies jetzt. Achten Sie auf das leichte Gefühl von Anspannung in der Kaumuskulatur. Mit dem nächsten Ausatmen lassen Sie wieder locker und entspannen. Lassen Sie den Unterkiefer etwas hängen, etwas fallen, ganz gelöst, entspannt und locker. Es kann auch sein, dass der Mund dabei etwas aufgeht. Lassen Sie diese Muskeln innerlich ganz locker, ganz gelöst, entspannt und locker. Wir gehen nun zur Halsmuskulatur über. Spannen Sie die Muskeln an, indem Sie den Kopf leicht nach rechts unten drehen. Machen Sie dies jetzt. Bewegen Sie den Kopf ganz langsam zur Seite und etwas

nach unten, bis Sie auch hier ein ganz leichtes Gefühl von Anspannung spüren. Halten Sie diese Spannung für einen kurzen Moment. Mit dem nächsten Ausatmen drehen Sie den Kopf wieder ganz langsam zurück in die Ausgangslage und entspannen. Konzentrieren Sie sich auf die Muskeln, die eben leicht angespannt oder gedehnt waren. Lassen Sie innerlich diese Muskeln locker. Ganz gelöst, entspannt und locker. Spüren Sie den Unterschied zwischen der leichten Anspannung von vorhin und dem Loslassen der Muskeln jetzt. Lassen Sie innerlich ganz locker, ganz gelöst, entspannt und locker. Als nächstes bewegen Sie den Kopf nun zur anderen Seite nach links unten. Machen Sie dies jetzt. Drehen Sie den Kopf ganz langsam zur Seite und bewegen Sie ihn etwas nach unten, bis Sie ein ganz leichtes Gefühl von Zug oder Anspannung spüren. Achten Sie auf dieses leichte Gefühl von Anspannung. Mit dem nächsten Ausatmen drehen Sie den Kopf zurück in die Ausgangslage und lehnen Sie ihn wieder bequem an. Spüren Sie den Unterschied zwischen der leichten Dehnung oder Anspannung von vorhin und dem Lösen der Muskeln. Bleiben Sie mit ihrer Aufmerksamkeit bei den Muskeln, die eben leicht angespannt und gedehnt waren. Wenn ihre Gedanken einmal abschweifen, registrieren Sie dies und kehren mit Ihrer Aufmerksamkeit einfach wieder zu ihrer Muskulatur zurück. Lassen Sie innerlich ganz locker, ganz gelöst, entspannt und locker. Spannen Sie nun die Nackenmuskulatur an. Senken Sie den Kopf, indem Sie das Kinn in Richtung Brust bewegen, bis Sie einen leichten Zug im Nacken spüren. Machen Sie dies jetzt. Achten Sie auf dieses leichte Gefühl von Zug im Nacken. Mit dem nächsten Ausatmen heben Sie den Kopf, lehnen Sie ihn wieder bequem an. Achten Sie auf den leichten Unterschied zwischen dem Anspannen und dem Loslassen der Muskeln. Lassen Sie innerlich ganz locker, ganz gelöst, entspannt und locker. Wir machen dann weiter mit der Schultermuskulatur. Ziehen Sie die Schulter Spitzen ganz leicht nach hinten. Machen Sie dies jetzt. Achten Sie auf das nur leichte Gefühl von Zug oder Anspannung. Mit dem nächsten Ausatmen lassen Sie die Schultern wieder locker und entspannen. Lassen Sie die Schultern ganz locker sinken. Lassen Sie sie nach unten sinken, soweit es für Sie angenehm ist. Spüren Sie den leichten Unterschied zwischen der leichten Anspannung und dem Loslassen der Muskeln. Lassen Sie innerlich ganz locker, ganz gelöst, entspannt und locker. Achten Sie darauf, wie sich ganz unmerklich das angenehme Gefühl von Ruhe und Entspannung immer mehr ausbreitet, mehr und mehr werden kann. Folgen Sie dem angenehmen Gefühl in die Ruhe und Entspannung. Richten Sie nun Ihre Aufmerksamkeit auf ihre Rücken- und Bauchmuskulatur³. Lassen Sie innerlich ganz locker, ganz gelöst, entspannt und locker. Gehen wir nun über zum rechten Bein. Wir beginnen dort mit dem rechten Oberschenkel. Spannen Sie ihn leicht an. Machen Sie dies jetzt. Achten Sie auf das ganz leichte Gefühl von Anspannung. Atmen Sie ruhig weiter. Mit dem nächsten Ausatmen lassen Sie wieder locker und entspannen. Lassen Sie den Oberschenkel ganz bequem aufliegen und achten darauf, wie das leichte Gefühl von Anspannung sich auflöst und weniger und weniger wird. Lassen Sie innerlich ganz locker, ganz gelöst, entspannt und locker. Spannen Sie als nächstes die rechte Wadenmuskulatur an, indem Sie den Fuß etwas anheben. Machen Sie dies jetzt. Achten Sie auf das leichte Gefühl Anspannung in der Wadenmuskulatur. Mit dem nächsten Ausatmen lassen Sie wieder locker und entspannen. Spüren Sie, wie dieses leichte Gefühl von Anspannung sich langsam auflöst und weniger und weniger wird. Lassen Sie innerlich ganz locker, ganz gelöst, entspannt und locker. Wir machen weiter mit dem rechten Fuß. Krümmen Sie die Zehen leicht nach oben. Machen Sie dies jetzt. Achten Sie auf dieses nur ganz leichte Gefühl von Anspannung im Fuß. Mit dem nächsten Ausatmen lassen Sie wieder locker und entspannen. Spüren Sie, wie dieses leichte Gefühl von Anspannung im Fuß sich langsam auflöst und weniger und weniger wird. Lassen Sie innerlich ganz locker, ganz gelöst, entspannt und locker. Wir gehen zum linken Bein über. Spannen Sie den linken Oberschenkel an. Machen Sie dies jetzt. Achten Sie auf das leichte Gefühl von Anspannung und atmen Sie weiter. Mit dem nächsten Ausatmen lassen Sie wieder locker und entspannen. Lassen Sie alle Muskeln im Oberschenkel und im Gesäß locker und entspannt. Spüren Sie den Unterschied zwischen der leichten Anspannung und dem Loslassen der Muskeln. Lassen Sie innerlich ganz locker, ganz gelöst, entspannt und locker. Als nächstes spannen Sie leicht die linke Wadenmuskulatur an, indem Sie den linken Fuß etwas anheben. Machen Sie dies jetzt. Achten Sie auf das leichte Gefühl der Anspannung in der Wadenmuskulatur. Mit dem nächsten Ausatmen lassen Sie wieder locker und entspannen. Lassen Sie alle Anspannung aus der Wadenmuskulatur entweichen und spüren den Unterschied zwischen der leichten Anspannung und dem Loslassen der Muskeln. Lassen Sie die Wadenmuskeln etwas hängen. Lassen Sie innerlich ganz locker, ganz gelöst, entspannt und locker. Zum Abschluss spannen Sie den linken Fuß an, indem Sie die Zehen etwas nach oben heben. Machen Sie dies jetzt. Achten Sie auf dieses ganz leichte Gefühl von Anspannung. Mit dem nächsten Ausatmen lassen Sie wieder ganz locker und entspannen. Spüren Sie wie dieses leichte Gefühl von Anspannung im Fuß sich langsam auflöst und weniger und weniger werden kann. Nehmen Sie dieses Gefühl von Entspannung wahr. Lassen Sie innerlich ganz locker, ganz gelöst, entspannt und locker. Lenken Sie nun ihre

³ Im Bereich der Rücken- und Bauchmuskulatur bin ich vom ursprünglichen Text abgewichen, da ein Anspannen dieser Muskulatur möglicherweise Wehen auslösen könnte. Deshalb wird dieser Bereich nur entspannt.

Aufmerksamkeit auf Ihren Atem. Beobachten Sie ihren Atem einfach, ohne ihn zu verändern. Beobachten Sie, wie Sie ein- und ausatmen: ein und aus. Dies geschieht ganz von allein. Sie brauchen gar nichts dafür zu tun. Sie beobachten einfach, wie Sie entspannt und ruhig ein- und ausatmen. Ein und aus ... ein und aus ...Verlängern oder verstärken Sie nun ganz leicht das Ausatmen. So, als wollten Sie mit jedem Ausatmen noch etwas mehr von Ihrer Unruhe und Anspannung abgeben. So können Sie mit jedem Ausatmen noch tiefer in die Entspannung gehen. Und tiefer ... immer weiter ... und immer tiefer ... ganz ruhig und tief entspannt. Mit jedem Ausatmen kann die Entspannung tiefer und noch tiefer werden. So tief wie Sie möchten und wie es für Sie angenehm ist. Mit jedem Ausatmen noch tiefer in die Entspannung gehen. Und tiefer ... immer weiter ... und immer tiefer ... ganz ruhig und tief entspannt. Gehen Sie nun nochmals durch Ihren Körper. Lassen Sie das Gefühl von Entspannung durch den ganzen Körper fließen. In die Hände, die Arme, in die Kopfhaut, die Stirn, über das ganze Gesicht, in die Kiefermuskulatur, in den Hals, den Nacken, die Schultern, in den ganzen Oberkörper, den Rücken hinunter, in den Bauch, das Gesäß, beide Beine hinunter, in die Oberschenkel, die Waden, bis in die Füße hinein.

Die Progressive Muskelentspannung hat sich als besonders hilfreich erwiesen bei Patientinnen mit großer Angst, die sich durch einen erhöhten Muskeltonus verleibt. Insbesondere dann, wenn die Frauen es als nicht möglich empfinden, sich „einfach so“ zu entspannen, sondern eher Unruhe verspüren, wenn sie sich entspannen sollen.

6.5.2 Stressbewältigung durch die Praxis der Achtsamkeit

Die Achtsamkeitsmeditation ist eine Form der Meditation, bei der ablenkende Gedanken, Empfindungen oder physische Beschwerden nicht weggedrängt, sondern bewusst wahrgenommen werden. Diese Art der Meditation ist über 2500 Jahren alt und stammt aus buddhistischer Tradition und ist auch bekannt als *vipassana* oder Einsichtsmeditation im Gegensatz zu Meditationen der Einsgerichtetheit auch *shamatha-* oder *samadhi-Meditationen* genannt.

Der Begriff der Achtsamkeit kommt ursprünglich aus der Lehre des Buddhismus (Achtsamkeit = sati [Pali], sriti[Sanskrit]) und bedeutet in der Gegenwart, im Hier und Jetzt zu sein, sich seiner Gefühle, Gedanken und Handlungen in jedem Augenblick bewusst zu sein. Die Übung von Achtsamkeit findet meist als Meditation statt. In der westlichen Wissenschaft ist dieser Begriff nicht unbekannt. Prof. Ellen Langer (Harvard University)⁴ und Dr. Jon Kabat-Zinn⁵ beschäftigen sich mit diesem Konzept. Therapeutische Anwendung findet dieser Ansatz beispielsweise als

⁴ Ellen J. Langer: Professorin für Psychologie an der Harvard University. Sie hat durch mehrere Bücher und zahlreiche Artikel zur Psychologie, zu Neuro- und Kognitionswissenschaften die Entwicklung und Forschung dieser Disziplinen, besonders im Bereich der Wahrnehmungs-, Vorstellungs- und Gedächtnisforschung beeinflusst.

- Stressreduktion: z.B. in der MBSR *Mindfulness Based Stress Reduction*, einem Training für eine *auf Achtsamkeit beruhende Reduktion von Stress*, u.a. aus dem Vipassana, einer buddhistischen Meditationsform und dem Yoga entwickelt von Jon Kabat-Zinn und seit 1979 durch Gründung der Stress Reduction Clinic der Universität von Massachusetts in Worcester methodisch als Therapieform angewendet.
- bei Borderline-Persönlichkeitsstörung und ähnlichen psychischen Krankheiten
- bei reaktiver- (neurotischer-) Depression
- bei Suchterkrankungen etc.

Es folgt nun der so genannte „Body-Scan“, eine Übung aus der Praxis der Achtsamkeit. Im Gegensatz zur Progressiven Muskelentspannung nach Jacobson (2002) liegt hier der Schwerpunkt auf der Körperwahrnehmung, ohne dabei etwas zu tun oder sich und die eigenen Empfindungen zu bewerten. Ich empfehle den schwangeren Frauen regelmäßig solche Entspannungsverfahren durchzuführen.

Praxisanleitung zur Stressbewältigung durch die Praxis der Achtsamkeit – Body Scan⁶

In der folgenden Übung geht es darum, den Körper und alle aufkommenden Empfindungen mit einer wachen, interessierten und vor allem annehmenden inneren Haltung zu erkunden.

Diese Übung kann es ermöglichen, in einen Zustand, innerer sehr tiefer körperlicher und seelischer Entspannung einzutreten und in diesem zu verweilen.

Indem Sie diese Meditationsübung regelmäßig durchführen, tragen Sie aktiv zum Erhalt oder auch zur Wiedererlangung Ihrer Gesundheit bei.

Wählen Sie bitte zu dieser Übung einen angenehmen, warmen und geschützten Ort, wo Sie sich wohl und sicher fühlen und wählen Sie eine Zeit, in der Sie von niemanden gestört werden, auch nicht durch das Telefon. Tragen Sie lockere und bequeme Kleidung und achten Sie vor allem darauf, dass Sie sich in der Taille nicht eingeengt fühlen und dass die Atmung nicht behindert wird.

Denken Sie daran, dass dies eine Zeit ist, die Sie mit sich selbst verbringen - eine Zeit der Stille und der tiefen inneren Heilung. Es ist wichtig, dass Sie sich nicht zu sehr bemühen, einen Zustand der Entspannung zu erreichen. Das würde nur das Gegenteil bewirken. Lassen Sie uns vielmehr versuchen, von Augenblick zu Augenblick wach und aufmerksam zu sein für alles, was wir als Körperempfindungen, Gedanken und Gefühlen wahrnehmen. Betrachten Sie alles ganz ruhig und klar und versuchen Sie, alles so anzunehmen, wie es gerade ist.

⁵ Dr. Jon Kabat-Zinn: Gründer der Stress Reduction Clinic, des Instituts für Achtsamkeit in Medizin, Gesundheitsvorsorge und Gesellschaft sowie Professor der Medizin an der Universität von Massachusetts. Seit mehr als 20 Jahren gilt er als Pionier der Ganzheitsmedizin und sein Programm zur Praxis der Achtsamkeit im Gesundheitswesen findet international Beachtung. Auch in Deutschland werden Kurse nach dem MBSR-Modell angeboten, die von speziell ausgebildeten Psychologen, Pädagogen, Ärzten oder Yogalehrern durchgeführt werden.

⁶ Quelle: Transkript der CD von Jon Kabat-Zinn: „Stressbewältigung durch die Praxis der Achtsamkeit“, 1999, Freiamt, durch die Beratungsstelle der Berner Hochschulen – www.beratungsstelle.unibe.ch (Okt.04) mit der Genehmigung des Arbor-Verlages

Versuchen Sie sich von der Neigung, die wir alle haben, Dinge und uns selbst anders haben zu wollen als wir wirklich sind, zu lösen und erlauben Sie sich, alles von Moment zu Moment so anzunehmen, wie Sie es im Moment gerade vorfinden.

Lassen Sie alle wertenden und kritischen Gedanken los. Es gibt bei dieser Übung nichts zu erreichen und zu tun oder zu leisten. Es geht nicht einmal darum, es richtig zu machen. Erlauben Sie sich einfach wahrzunehmen, was Sie im jeweiligen Moment gerade fühlen.

Wählen Sie eine bequeme Haltung im Liegen. Wenn Sie nicht gut auf dem Rücken liegen können, dann nehmen Sie irgendeine andere bequeme Haltung ein. Entscheidend sind wirklich nur Ihre innere Haltung und der Grad der Aufmerksamkeit, mit der Sie diese Übung durchführen und nicht wie Sie liegen.

Atmen Sie während der gesamten Übung ruhig und tief und wenn möglich durch die Nase und versuchen Sie so wach wie möglich zu bleiben.

Legen Sie sich nun auf eine Matte oder auf eine dicke Decke. Schließen Sie Ihre Augen sanft... wenn es angenehm für Sie ist... wenn Sie auf dem Rücken liegen, lassen Sie die Arme seitlich am Körper liegen, die Handflächen sind zur Decke hin geöffnet... legen Sie die Beine ein wenig auseinander und lassen Sie die Zehen nach außen fallen... machen Sie es sich in dieser Lage zunächst einmal so bequem wie möglich... und geben Sie sich Zeit, hier in dieser Haltung anzukommen... es gibt nichts zu tun... nichts zu erreichen... erlauben Sie sich ganz einfach hier zu sein...

Und nun richten Sie allmählich Ihre Aufmerksamkeit auf die Tatsache, dass Sie atmen... Versuchen Sie nicht, Ihr Atmen irgendwie zu beeinflussen, sondern nehmen Sie ganz einfach nur wahr, wie der Atem in Ihren Körper einströmt... und aus dem Körper wieder herausströmt... Richten Sie dabei Ihre Aufmerksamkeit besonders auf die Empfindung in Ihrer Bauchdecke... und beobachten Sie wie der einströmende Atem die Bauchdecke sanft ausdehnt... und wie die Bauchdecke sich mit dem ausströmenden Atem wieder sanft senkt... einfach nur die Empfindungen, die durch die rhythmischen Bewegungen... des Bauches mit jedem Atemzug entstehen, betrachten... Das Heben und Ausdehnen der Bauchdecke beim Einatmen... und das Zurücksinken der Bauchdecke beim Ausatmen...

Spüren Sie nun auch den Kontakt des Körpers mit dem Boden... und lassen Sie das Körpergewicht mit jeder kommenden Ausatmung etwas tiefer in die Matte oder in den Boden sinken...

Geben Sie mit jeder Ausatmung der Schwerkraft etwas mehr nach und lassen Sie den Körper mit jeder Ausatmung immer tiefer in den Boden sinken...

Wenn Sie nun bereit sind, richten Sie Ihre Aufmerksamkeit auf die Zehen des linken Fußes... spüren Sie, was immer für Empfindungen Sie in diesem Teil Ihres Körpers wahrnehmen... strengen Sie sich in diesem Teil nicht an... seien Sie einfach wie eine Antenne... bereit und wach, etwas aus dieser Region zu empfangen... aber ohne aktiv etwas zu tun oder etwas erreichen zu wollen... Vielleicht nehmen Sie Empfindungen von Jucken oder Pochen... vielleicht Empfindungen von Wärme oder Kühle, vielleicht Empfindungen von Feuchtigkeit oder Trockenheit wahr... was immer Sie wahrnehmen... was immer es ist... es ist nicht wichtig... fühlen Sie einfach Ihre Zehen... und wenn Sie nichts fühlen, dann ist dies auch vollkommen in Ordnung... wichtig ist allein die Qualität Ihrer Aufmerksamkeit... wach und empfangsbereit... ohne etwas leisten oder erreichen zu wollen...

Und nun die Aufmerksamkeit auf die ganze linke Fußsohle ausdehnen... und Empfindungen wahrnehmen... dann die Ferse... spüren Sie die Empfindung an der Stelle, wo die Ferse den Boden berührt... oder die Matte... spüren Sie die Empfindung der Berührung... des Druckes... dann sanft mit der Aufmerksamkeit zum Fußrücken gleiten... und hier wahrnehmen, was Sie spüren oder auch nicht spüren können... dabei nicht zu sehr nachdenken über den Fuß... als vielmehr hier bei ihm sein... jetzt den ganzen Fuß... alle Empfindungen... Lassen Sie jetzt in diesem Augenblick die Empfindungen des Feldes Ihres ganzen Fußes wahrnehmen...

Und nun das linke Fußgelenk... und vom Fußgelenk zum linken Unterschenkel... das Schienbein und den Wadenmuskel... alle Gefühle und Empfindungen in Ihrem Unterschenkel... des Kontakts mit der Kleidung oder mit der Luft oder mit dem Boden... bis in die Tiefe... bis auf die Knochen... und akzeptieren Sie einfach, was Sie fühlen... alles so sein lassen, wie es ist... keine Empfindungen hinzufügen... keine Empfindungen ausschließen... Und gleiten Sie nun mit Ihrer Aufmerksamkeit hinauf zum Knie... spüren Sie die Knie-Scheibe... der Raum hinter der Kniescheibe... die Seiten des Knies... die Kniekehle... und dann tief in das Gelenk hineinspüren... und dann die Empfindungen des Ober-Schenkels... vom Knie bis zur Leiste... den Oberschenkel spüren... alle Empfindungen hier... und dann den Kontakt mit dem Boden oder den Kontakt mit der Kleidung... und dann die Empfindungen im Innern des Oberschenkels... spüren Sie dann die Empfindungen in Ihrer Leistengegend... den Übergang zwischen Bein und Hüfte... die linke Hüfte... und dann zur rechten Hüfte hinübergleiten mit der Aufmerksamkeit... und durch das ganze rechte Bein... durch die ganze Länge des rechten Beines... bis hinunter zu den Zehen... Spüren Sie den großen Zehen... den Kleinen... und die Zehen dazwischen... den Raum zwischen den Zehen... die ganze rechte Fußsohle... die Ferse... und von der Ferse hinaufgleiten zum Fußrücken... und den ganzen rechten Fuß... den Kontakt mit dem Socken... den Kontakt mit dem Boden... die Empfindungen im Inneren des Fußes spüren... Stellen Sie einfach

nur fest, welche Empfindungen Sie in diesem Bereich haben... und beurteilen Sie sie nicht und machen Sie sich keine Gedanken... wie der Fuß sich anfühlen sollte... sondern lassen Sie ihn genau so sein, wie Sie ihn jetzt spüren...

Allmählich nun den Fuß aus ihrem Wahrnehmungsfeld entschwinden lassen... und Ihre Aufmerksamkeit auf das rechte Fußgelenk richten... alle Empfindungen hier wahrnehmen... dann den Unterschenkel... das rechte Knie... die Kniescheibe... den Raum hinter der Kniescheibe... die Seiten des Knies... die Kniekehle... und das Gelenk... nun zum rechten Oberschenkel... den ganzen Bereich des Oberschenkels zwischen Knie und Hüfte spüren... spüren Sie Ihren rechten Oberschenkel... überhaupt alles... was Sie empfinden... wenn Sie so genau wie Sie können hinspüren... ob es nun Empfindungen von Schwere, Wärme, Leichtigkeit oder Prickeln, Ziehen... oder die Empfindungen von Durchblutung sind... was auch immer... einfach nur spüren... den rechten Oberschenkel fühlen wie er ist... und alle Empfindungen so annehmen wie sie sind... ohne etwas auszuschließen... auch ohne etwas zu erwarten...

Spüren Sie nun den Übergang zwischen Oberschenkel und Hüfte... und dann die Aufmerksamkeit auf das Gesäß richten... die Gesäßhälften im Kontakt mit dem Boden oder der Matte spüren... vielleicht sind es Empfindungen der Berührung... Gewicht... vielleicht von Schwere... vielleicht auch von Leichtigkeit... was immer Sie spüren... jetzt im Moment...

Und nun den Bereich der Genitalien spüren... und den Anus... die Aufmerksamkeit weiter ausdehnen... den Beckenboden wahrnehmen... den Beckenraum... die linke Beckenhälfte... die Empfindungen um den Schambeinbogen herum... und die rechte Beckenhälfte... die Rückseite des Beckens... Steißbeinregion... und dann auch die Atmung im Beckenraum wahrnehmen... und das sanfte Sich-Ausdehnen und Zusammenziehen beobachten...

Lange Pause

Wenden Sie nun Ihre Aufmerksamkeit dem unteren Rücken zu... und durchdringen Sie mit Ihrer Aufmerksamkeit den unteren Rücken... vielleicht kommen Sie von Zeit zu Zeit beim Abtasten des Körpers in dieser Weise in Kontakt mit Problemzonen, Schmerzen oder unangenehmen Empfindungen... Versuchen Sie dann ganz sanft und behutsam in diese Bereiche hineinzuatmen... offen und annehmend für die unterschiedlichen Empfindungen... und dann wieder aus diesen Bereichen auszuatmen... ohne zu erwarten, dass sich die vielleicht unangenehmen Empfindungen ändern... Seien Sie neugierig und interessiert und versuchen Sie die Empfindungen so direkt und so deutlich wahrzunehmen... ohne Verändern zu wollen...

Nur gewahr sein... offen und annehmend... für alles was ist.

Lange Pause

Kommen Sie nun wieder in Ihren unteren Rücken... was empfinden Sie jetzt in diesem Moment?... Die Empfindungen im mittleren Rücken betrachten... Und in der oberen Rückenregion... die Schulterblätter und den Raum zwischen den Schulterblättern... und den ganzen Rücken von den Schultern bis zum Becken... den ganzen Rücken wahrnehmen... alle Empfindungen... auch die Empfindungen des Atems... Kontakt-Empfindungen mit dem Boden... was immer Sie jetzt spüren...

Lange Pause

Wenden Sie jetzt Ihre Aufmerksamkeit wieder dem Bauch zu... und erfahren Sie das Heben und das Senken der Bauchdecke beim Atmen... Vielleicht registrieren Sie auch im Innern des Bauchraumes Empfindungen, die mit der Darmtätigkeit zusammenhängen...

Und richten Sie nun Ihre Aufmerksamkeit auf Ihre Magengegend... die Empfindungen in diesem Bereich betrachten... versuchen Sie allen Empfindungen mit Offenheit und Gleichmut zu begegnen... unabhängig davon, ob diese Empfindungen angenehm oder unangenehm oder neutral sind...

Und nun den Brustkorb wahrnehmen... Folgen Sie vom Brustbein aus dem Verlauf der Rippenbögen... und spüren Sie auch die unteren Rippenbögen, die nicht direkt mit dem Brustbein verbunden sind... nehmen Sie wahr, wie die Knochenstruktur der Rippenbögen die Lunge schützt... und spüren Sie nun, wie der Brustkorb sich ausdehnt beim Einatmen... und sich wieder zusammenzieht beim Ausatmen... Wenden Sie dann Ihre Aufmerksamkeit dem Herzen zu... nehmen Sie alle Empfindungen in diesem Bereich wahr... ob es Verstimmungen von Verspanntheit oder Enge sind... oder vielleicht von Weichheit und Offenheit... werden Sie sich auch aller Gefühle und Gedanken, die an diesen Körperteil gekoppelt sind, bewusst... und versuchen Sie sie so anzunehmen wie sie sind...

Lange Pause

Vom Brustbereich die Aufmerksamkeit auf die Schlüsselbeinregion ausdehnen... auf die Schultern... und mit der Aufmerksamkeit gleichzeitig die beiden Arme hinunter zu den Händen gleiten... die Achtsamkeit den Fingerspitzen zuwenden... an beiden Händen zugleich... dann die ganzen Finger und auch die Daumen... vielleicht spüren Sie das Pulsieren des Blutes... oder spüren Feuchtigkeit oder Wärme... oder ein Prickeln... Kribbeln... was auch immer... Fühlen Sie ganz einfach Ihre Finger... Und nun die Aufmerksamkeit sich ausdehnen lassen auf die Handflächen... die Hand-Rücken... die ganzen Hände... die ganzen Hände spüren... und auch den Raum in den Händen erfühlen... so als würden Sie das Innere eines Handschuhs erkunden... und dann die Handgelenke fühlen... Hier können Sie

vielleicht das Pulsieren der Arterien im Handgelenk spüren... wie das Blut in die Hände hinein und wieder herausfließt...

Nun auch die Unterarme wahrnehmen...die Ellbogen...und alle Empfindungen...ohne Rücksicht auf Probleme im einen oder andern Körperteil... einfach den Körper erleben wie er ist und jetzt besonders Ihre Arme...

Das Feld der Wahrnehmung dann weiter ausdehnen auf ihre Oberarme...bis zu den Achselhöhlen und Schultern... vielleicht beobachten Sie eine bestimmte Empfindung... jetzt im Moment... oder unterschiedliche Empfindungen... vielleicht auch gar keine...

Und während Sie hier liegen und die Empfindungen betrachten... erlauben Sie sich noch tiefer zu sinken... in einen Zustand entspannter Beobachtung... und Wahrnehmens...

Ganz da sein in jedem Augenblick... lassen Sie alle aufkommenden Gedanken los... alle Impulse, sich zu bewegen oder etwas anderes zu tun... und erleben Sie sich einfach in diesem Augenblick...

Richten Sie nun Ihre Aufmerksamkeit auf die Schultern... auf den Hals... den Nacken... spüren Sie die Halswirbelsäule... die Kehle... diese Körperregion vollständig erfühlen... erfahren Sie wie es sich anfühlt, wenn Sie vielleicht schlucken... und beobachten Sie die Atemempfindungen in der Kehle... beim Einatmen und beim Ausatmen...

Und nun das Gesicht wahrnehmen... betrachten Sie genau den Unterkiefer und das Kinn... vielleicht gibt es besondere Empfindungen in den Kiefergelenken... und erspüren Sie Ihre Lippen und den Mund... die Zähne... das Zahnfleisch... die Zunge... erlauben Sie der Zunge, gelöst und frei im Mundraum zu ruhen... den Gaumen und den Rachen... alle Empfindungen im Mund... die Lippen und die Wangen... die Ohren... sowohl die äußeren Ohren... die Ohrmuscheln... wie auch die inneren Ohren... die Gehörgänge ... die Empfindungen dort spüren... und nun die Nase wahrnehmen... die Nasenflügel... und fühlen... wie die Luft durch die Nasenlöcher einströmt und durch die Nasenlöcher wieder ausströmt... dann die Aufmerksamkeit auf die Augen richten... die Augenlider... die Augäpfel... und erlauben sie den Augäpfeln zurückzusinken in den Kopfraum... spüren sie die Augenbrauen... den Platz zwischen den Augenbrauen und die gesamte Umgebung der Augen... die Schläfen... und nun zur Stirne... Beobachten Sie, ob Sie im diesem Bereich des Gesichtes Gefühle festhalten... ob da Spannungen sind... Frustrationen...

Wenn Sie Gefühle entdecken, die mit den Spannungen in Ihren Muskeln oder in Ihrem Körper verbunden sind... schauen Sie sie einfach mal an... spüren Sie Ihr ganzes Gesicht und lassen Sie es im Moment so sein, wie es ist... nicht andauernd beschäftigt mit Gedanken und Bilder... einfach sein lassen... Ihr eigenes Gesicht... entspannt und voller Frieden...

Lange Pause

Nehmen Sie nun den Hinterkopf wahr... den oberen Teil des Schädels... spüren Sie den Kontakt der Kopfhaut mit den Schädelknochen... vielleicht die Haarwurzeln... und nun richten Sie Ihre Aufmerksamkeit auf die höchste Erhebung Ihres Kopfes... den Scheitelpunkt... Diese Stelle ist zirka so groß wie ein zwei Euro-Stück... Lassen Sie nun Ihren Atem vor Ihrem inneren Auge zu dieser Stelle strömen... und atmen Sie geradewegs von dieser Stelle wieder zu Ihrer Nase... Stellen Sie sich nun vor, wie sich diese Stelle nun öffnet... so wie das Atmen eines Wales... und lassen Sie beim Einatmen nun den Atem durch diese Stelle in Ihren Körper einströmen... dann den Atem den ganzen Körper durchströmen lassen... und über die Fußsohlen wieder ausatmen... der Atem strömt dann wieder durch die Fußsohlen ein... durch den Körper hindurch und durch den Scheitelpunkt wieder heraus... Atmen Sie nun einige Atemzüge in dieser Weise... vom Scheitelpunkt ein... durch den ganzen Körper hindurch... und hinaus über die Fußsohlen... und dann durch die Fußsohlen wieder einatmen... und ausatmen durch den Scheitelpunkt des Kopfes...

Beobachten Sie einfach... und lassen Sie den ganzen Körper vom Atem durchströmen... nehmen Sie einfach nur den Energiestrom... den Atem wahr... erleben Sie atmend Ihren ganzen Körper...

Lange Pause

Den Körper als Ganzes spüren... vom Scheitel bis zur Fußsohle... so wie Sie hier liegen, in tiefer Entspannung und Stille...

Seien Sie nun ganz wach und annehmend für alles, was in das Feld Ihrer Aufmerksamkeit tritt... es können Gedanken, Gefühle, Empfindungen, Geräusche oder auch Stille sein... lassen Sie Ihre Achtsamkeit so weit werden wie das Blau des Himmels... und betrachten Sie alle aufkommenden Gedanken, Bilder, Empfindungen, Gefühle wie Wolken, die entstehen... eine Weile durch den Himmel Ihres Gewahrseins ziehen und sich dann wieder auflösen...

Lange Pause

Erlauben Sie sich so zu sein, was Sie jetzt sind und lassen Sie auch das Universum so sein, wie es ist... jenseits von persönlichen Ängsten und Sorgen, von Vorlieben, Neigungen und auch jenseits von einem Denken, das möchte, dass Dinge auf eine ganz bestimmte Weise sind... spüren Sie... dass so wie Sie sind, in diesem Moment... ganz heil und vollkommen sind... und dass dieses Ganzsein allen Kummer und alle Schmerzen und alle Verletzungen mit einschließt...

Wir wurden ganz geboren und verlieren unser Ganzsein nicht durch Kummer und Schmerz... es ist unsere ursprüngliche, immer vorhandene und immer zugängliche Natur...

Lange Pause

Allmählich nun die Aufmerksamkeit wieder auf den Körper richten... spüren Sie den Körper nun als Ganzes... den Kontakt mit dem Boden... den Kontakt mit der Kleidung... Den Kontakt mit der Luft, die Sie umgibt... nehmen Sie den Raum wahr, indem Sie sich befinden und werden Sie sich der Tageszeit bewusst...

Bewahren Sie sich die Ruhe und Zentriertheit, die in Ihnen ist und lassen sie Sie begleiten, wenn Sie nun beginnen, sich zu dehnen... zu bewegen und sich dann wieder den Dingen des Alltags zuzuwenden.

6.5.3 Atemübung

Die Konzentration auf den eigenen Atem kann die Aufmerksamkeit mehr auf das eigene momentane Körpergeschehen hin lenken. Außerdem kann es dadurch gelingen, mit der Wahrnehmung im „Hier und Jetzt“ zu sein und zum Beispiel kreisende Gedankengänge zu unterbrechen. Die folgende Atemübung verwende ich entweder zu Beginn als Einstieg zur Progressiven Muskelentspannung oder als kurze Entspannungsübung:

„Richten Sie Ihre Aufmerksamkeit auf Ihren Atem. Nehmen Sie ihn wahr, wie er in diesem Moment gerade ist. Sie brauchen nichts zu verändern. Sie spüren, wie sich ihr Brustkorb ganz von allein hebt und senkt ... hebt und senkt ... ganz ohne Ihr Zutun. Sie können sich nun vorstellen, dass Sie mit dem Einatmen Kraft und Energie in sich aufnehmen, vielleicht auch helles Licht. Mit dem Ausatmen dagegen könne Sie sich vorstellen, dass Sie Unangenehmes, Verspanntes, Belastendes, Schmerzhaftes herausatmen ... Wenn es eine Stelle im Körper gibt, die verspannt ist oder schmerzt, dann können Sie Ihren Atem dorthin schicken und sagen `Lass los`.“⁷

6.5.4 Funktionelle Entspannung (FE)

Die Funktionelle Entspannung (FE) ist eine von Marianne Fuchs (Fuchs 1949, 1997) begründete „Methode der psychosomatischen Therapie bei funktionellen körperlichen und seelischen Störungen“ (Fuchs 1996, S.13) bzw. ein tiefenpsychologisch fundiertes Körpertherapieverfahren. Die Funktionelle Entspannung bezeichnet das Leibgeschehen als tiefste Schicht des Unbewussten, das so genannte „leibliche Unbewusste“. Die Funktionelle Entspannung versucht als eine Art „feinspürige Methode“ vom Atemrhythmus ausgehend Blockaden im Körper spürbar zu machen. Da sie sich nicht ursprünglich aus der Psychoanalyse entwickelte wie die Bioenergetik ⁸, sondern in Zusammenarbeit mit der Inneren

⁷ Diese Übung erlernte ich während meiner Weiterbildung der Klientenzentrierten Kunsttherapie durch die Dozenten, Prof. Dr. Eberhard Nölke, Professor für Soziologie und Kunsttherapeut und Marilyn Willis, Künstlerin und Kunsttherapeutin.

⁸ Bioenergetik: Bezeichnung für eine von Alexander Lowen gegründete Körpertherapieschule, die weite Verbreitung gefunden hat und Einfluss auf viele andere körperorientierte Psychotherapieschulen genommen hat. Theoretische Grundannahmen: 1. Zusammenhang von Verhaltensmustern und muskulärer Spannungsmuster, 2. Annahme der Existenz von Bioenergie (ihr Fluss bewirkt selbstbewusste Haltung, leuchtende Augen, Fähigkeit

Medizin entstanden ist, liegt der Schwerpunkt weniger auf der Auflösung von Emotionen, Erinnerungen etc. durch Körperarbeit (z.B. im Vergleich zur Bioenergetik), sondern auf einem Einspüren in und einer langsamen Änderung („Umstimmung“) von unwillkürlich und willkürlich ablaufenden Abläufen auch im vegetativen Bereich (Uexküll 2003, S.522). Der Begriff „Entspannung“ bedeutet in der „Funktionellen Entspannung“ nicht inaktive Spannungslosigkeit, sondern sie ist als ein dynamisches und gelassenes Geschehen zu verstehen, das den Menschen zu seinem Eigenrhythmus zurückführt. Die FE geht davon aus, dass durch körperbezogene, tiefenpsychologische Psychotherapiemethoden ein Zugang gefunden werden kann zu sehr frühen, körpernahen, präverbalen, aber auch späteren und aktuellen Erlebens- und Verhaltensweisen, die sich im Körper materialisieren. Durch die Arbeit mit dem Körper und dem körperlichen Geschehen ist die Funktionelle Entspannung eine wichtige Ergänzung zu verbalen, psychoanalytischen Verfahren und Gesprächstherapien aber auch der Kunsttherapie. Reinelt und Gerber (1991) sprechen von einer „psychosomatischen Therapieform“. Der therapeutische Prozess wird durch „kontrollierte Fokussierung auf Körper-Erspürnisse“ (Uexküll et al, 1994) und den Dialog mit dem Therapeuten über diese eingeleitet. Die Wahrnehmung zentriert sich auf kleine Bewegungsabläufe, die bewusst durchgeführt werden oder autonom geschehen. Mit Bewegungen gehen Veränderungen von Druckverhältnissen und muskulären Spannungen einher. In der Funktionellen Entspannung wird nicht programmatisch gearbeitet. Sie lässt innerhalb ihrer „Spielregeln“ Freiraum für kreatives Suchen und Entdecken für bis dahin nicht oder nicht mehr Bemerktes im Körperlichen. Folgende „Spielregeln“ bilden das didaktische Grundgerüst für das selbstfindende Suchen im Körperlichen:

1. Kleine Bewegungen der Gelenke meist in Verbindung mit dem Ausatmen
2. Diese kleinen Bewegungen nicht öfter als zwei- bis dreimal hintereinander wiederholen („weniger ist mehr!“)
3. Pausen und nachspüren
4. Verbalisieren

Die so genannten „Spielregeln“ implizieren eine gelassene Haltung, die zunächst wenig produktiv erscheinen kann. Im Kern der Methode steht die Absicht der Tonusveränderung des Zwerchfells, so dass sich ein ungestörter und natürlich fließender Atemrhythmus wieder einstellen kann. In der FE finden keine gelenkten

und Lust und Lebensfreude etc.), 3. Verbindung zum Freudschen psychoanalytischen Entwicklungskonzept,

Atemübungen statt, sondern der Atem wird über die Entspannung des Zwerchfells einbezogen. Das Zwerchfell selbst kann weder gespürt noch bewusst entspannt werden. Marianne Fuchs bezeichnet das Zwerchfell als das „tiefste ‘Es’“, die Grundlage für die (unwillkürliche) Haltung, den „innersten Halt“ (Fuchs 1997, S.15) Die funktionelle Entspannung wurde seit den 1940er Jahren schwerpunktmäßig therapeutisch angewandt und als tiefenpsychologisch fundiertes Verfahren bei psychosomatisch erkrankten Menschen eingesetzt.

Die Funktionelle Entspannung kann den lange liegenden Schwangeren trotz der verordneten Bewegungseinschränkung durch das Liegen kleine Bewegungsimpulse ermöglichen, die den Atemrhythmus regulieren könnten. Dieses Geschehen sollte in einer weiteren Forschungsarbeit genauer untersucht werden. Ich verwende Elemente der Funktionellen Entspannung meist zu Beginn der kunsttherapeutischen Sitzung, denn oft klagen die Frauen über Schmerzen im Rücken und Schulter-Nackenbereich, aber auch über Atemschwierigkeiten. Meine Erfahrung zeigt, dass die Aufmerksamkeit auf das eigene Körpergeschehen und das Verbalisieren dessen oft eine Selbstregulierung und das Gefühl der Erleichterung von schmerzhaftem oder unangenehmem Erleben mit sich bringt.

6.5.5 Phantasiereisen und Imagination

Phantasiereisen und Imaginationen nutze ich in den kunsttherapeutischen Sitzungen, um das emotionale Erleben der Risikoschwangeren zunächst zu stabilisieren, d.h. ihnen ein Gefühl des Wohlbefindens zu verschaffen, indem ich an Ressourcen anknüpfe. Die Übungen sind in Anlehnung an Luise Reddemanns Buch „Imagination als heilende Kraft“ (Reddemann 2003) formuliert und verwendet. Laut Reddemann, Fachärztin für psychotherapeutische Medizin und Psychoanalytikerin, liegen psychosomatischen Erkrankungen häufig traumatische Erfahrungen zugrunde. Imaginationsübungen sollen den Patientinnen helfen stabiler zu werden und zu lernen sich selbst zu unterstützen. Die theoretische Annahme ist, dass erst, wenn auf diese Weise innere Stabilität gewonnen wurde, die Konfrontation mit dem traumatisch Erlebten folgen kann. Da bei den schwangeren Patienten die Komplikation innerhalb der Schwangerschaft eine Bedrohung für das Leben des noch Ungeborenen bedeuten kann, wird dies häufig als Krise, unter Umständen auch traumatisch erlebt, beispielsweise, wenn es bereits frühere Fehlgeburten gab. Auch

hier kann es sinnvoll sein, zunächst stabilisierend zu arbeiten, bevor der Fokus auf die Krise oder auch Konflikte gerichtet wird, die die Komplikation möglicherweise unterstützt haben könnten.

Mögliche Themen bzw. Imaginationen, die ich durch eine Entspannung einleite und zu denen ich hinführe, sind:

- **„Der Ort an dem ich mich wohl fühle“ (auch „Sicherer Ort“ genannt)**

Die folgende Übung verwende ich gerne in einer der ersten Stunden mit den Patientinnen, da sie sehr stabilisierend wirken kann und ich über die Patientinnen erfahre, was Ihnen in der Vorstellung gut tut oder was sie teilweise auch tatsächlich Schönes erlebt haben:

„Stellen Sie sich einen Ort vor, es kann ein real existierender Ort sein, oder ein Ort, den Sie sich in ihrer Phantasie vorstellen. Es ist ein Ort, an dem Sie sich ganz besonders wohl fühlen. Wie sieht es dort aus? Welche Farben, Formen sind zu sehen?... Wie fühlt sich dieser Ort an? Nehmen Sie sich Zeit, ihn zu erkunden. Gibt es dort Gerüche? Vielleicht verbinden Sie auch einen Geschmack mit diesem Ort, an dem Sie sich ganz besonders wohl fühlen... Genießen Sie eine Weile diesen Ort und tun Sie dort in Ihrer Vorstellung alles, was Sie dort gerne tun möchten... Verabschieden Sie sich nun ganz allmählich, und kommen Sie zu Ihrer Zeit zurück in diesen Raum, indem Sie tief Luft holen, die Hände zu leichten Fäusten ballen und die Augen wieder öffnen.“⁹

Diese Übung kann der Patientin auch über die kunsttherapeutische Sitzung hinaus helfen, sich selbst in einen Zustand des Wohlbefindens zu versetzen, wenn sie im Anschluss an die Übung dieses Gefühl des Wohlbefindens in einer Gestaltung festhält. Ich empfehle dann gerne, das Bild aufzuhängen und es einige Male am Tag anzuschauen, sich gedanklich an diesen Ort zu versetzen und das Wohlgefühl im Körper wahrzunehmen.

- **„Gepäck ablegen“**

Diese Übung kann helfen, das Gefühl von Belastung für eine gewisse Zeit beiseite zu schieben, um Kraft tanken zu können.

„Stellen Sie sich vor, dass Sie auf einer langen Wanderschaft sind und mit viel Gepäck beladen... Auf dieser langen Wanderschaft gelangen Sie zu einem Hochplateau, also zu einer Gegend, die flach, aber bereits in der Höhe ist. Und weil Sie jetzt einen Weg vor sich haben, der eben ist, wo Sie nicht mehr ansteigen müssen, können Sie ein wenig verschlafen... Und in der Ferne sehen Sie etwas Helles, wie ein Licht. Sie fühlen sich davon angezogen und gehen dorthin... Und Sie gelangen zu einem Platz, der in ein warmes, helles Licht getaucht ist. Dort entdecken Sie vielleicht ein Gebäude, das einem Tempel ähnelt, vielleicht Bäume oder eine Grotte, was auch immer Ihnen zusagt... Und Sie spüren, dass Sie jetzt verweilen und ihr Gepäck ablegen möchten. Und Sie legen Ihr Gepäck an den Rand des hellen Platzes... Sie halten Ausschau nach einer Möglichkeit, sich hinzusetzen und auszuruhen. Und Sie finden auch etwas Passendes. Sie lassen dieses helle Licht auf sich wirken und spüren, wie Ihnen ganz warm wird und Sie sich wohl fühlen, sich leicht fühlen...(…) Und nach und nach beschließen Sie, dass Sie wieder zu Ihrem Gepäck gehen möchten, Sie diesen Platz verlassen

⁹ Diese Übung entstand in Anlehnung an die Übung von Luise Reddemann „Der innere sichere Ort“ (siehe Reddemann 2003, S.45).

möchten. Sie können jederzeit zu diesem Ort zurückkehren. Gehen Sie dann zu Ihrem Gepäck und überlegen Sie sich, was Sie von ihrem Gepäck jetzt auf Ihrem weiteren Weg noch mitnehmen möchten, was Sie noch brauchen. Aber vielleicht möchten Sie auch alles wieder so aufnehmen... Und dann setzen Sie mit dem Gepäck, das Sie jetzt noch brauchen, Ihre Wanderung fort... Kehren Sie dann mit Ihrer Aufmerksamkeit zurück in den Raum.“ (Reddemann 2003, S.50-51)

– „Der Baum“

Die folgende Übung kann dazu beitragen, sich gut versorgt zu fühlen, „(dabei) kann man sich selbst entweder als Baum vorstellen und erleben, wie man als Baum genährt wird, oder man überlegt sich, was es bedeutet, von der Erde und der Sonne genährt zu werden“ (Reddemann 2003, S.48):

„Ich möchte Sie nun einladen zu der Baumübung. Stellen Sie sich zunächst eine Landschaft vor, in der Sie sich wohl fühlen und wo Sie sich gerne aufhalten. Das kann eine erfundene Landschaft sein, es muss keine real existierende sein. Und stellen Sie sich irgendwo in dieser Landschaft einen Baum vor, zu dem Sie gerne hingehen möchten, der Sie vielleicht sogar anzieht... Und Sie stellen sich vor, dass Sie zu diesem Baum gehen und Kontakt mit ihm aufnehmen, indem Sie ihn vielleicht berühren oder ihn sich anschauen. Nehmen Sie seinen Stamm wahr, nehmen Sie den Geruch auf. Nehmen Sie dann wahr, wie der Stamm sich verzweigt. Die Blätter. Das alles registrieren Sie zunächst und nehmen Kontakt mit diesem Baum auf... Und wenn es für Sie möglich ist, dann können Sie sich vorstellen, dass Sie sich an diesen Baum lehnen und ihn wirklich spüren... Und wenn Ihnen diese Vorstellung angenehm ist, dann können Sie sich vorstellen, dass Sie eins werden mit dem Baum... Und dann können Sie als Baum erleben, was es heißt, Wurzeln zu haben, die sich in der Erde verzweigen, und von dort Nahrung in sich aufzunehmen. Erleben Sie es, Blätter zu haben, die das Sonnenlicht aufnehmen und umwandeln können. Wenn Sie nicht mit dem Baum verschmelzen wollen, dann betrachten Sie ihn einfach. Beschäftigen Sie sich mit der Frage, womit Sie jetzt genährt werden möchten, versorgt werden möchten. Ist das körperliche Nahrung, Nahrung für den Geist (...)? Benennen Sie das so genau, wie es Ihnen möglich ist... Und wenn Sie eins sind mit dem Baum, dann stellen Sie sich vor, dass Sie von der Erde und von der Sonne diese gewünschte Nahrung erhalten. Und wenn Sie nicht mit dem Baum verschmolzen sind, können Sie sich trotzdem vorstellen, was es bedeutet, von der Sonne und von der Erde Nahrung zu bekommen, denn das ist bei uns Menschen so. Erlauben Sie sich die Erfahrung, dass diese Nahrung jetzt zu Ihnen kommt, von der Erde und der Sonne... Und spüren Sie dann, wie das, was Sie von der Sonne und der Erde bekommen, sich in Ihnen verbindet... Und dass Sie dadurch wachsen... Und dann lösen Sie sich wieder von Ihrem Baum... Und Sie können sich vornehmen, wenn Sie wollen, dass Sie oft zu Ihrem Baum zurückkehren, um mit seiner Hilfe zu erfahren, dass Sie mit allem, was Sie gerne hätten, genährt werden können. (...) Kommen Sie dann mit der vollen Aufmerksamkeit zurück in den Raum“ (Reddemann 2003, S.49-50).

– „Was wünsche ich mir?“

Bei dieser Übung versuche ich den Fokus darauf zu lenken, was sich die Patientinnen wünschen. Meist ist das in dieser Situation als erstes ein gesundes Kind. Dann sind es auch häufig Wünsche, die die Partnerschaft betreffen, dass sie den Belastungen, die ein Familienleben mit sich bringen, standhalten mögen. Manchmal herrscht auch der Wunsch vor, sich wieder richtig bewegen zu dürfen, sich nicht mehr so hilflos und dem Klinikalltag ausgeliefert zu fühlen. In der Gestaltung und im Gespräch werden diese Wünsche im wahrsten Sinne gestaltet. Und durch diese Gestaltung und Konkretisierung entsteht bei den Patientinnen oft bereits ein Gefühl von Zuversicht.

„Ich möchte Sie nun einladen, sich vorzustellen, was Sie sich wünschen. Versuchen Sie, Ihren Wunsch oder Ihre Wünsche so konkret wie möglich werden zu lassen. Nehmen Sie sich dafür einen Moment Zeit. Wünsche haben Kraft. Sind sie einmal formuliert, drängen Sie zu ihrer Verwirklichung.

Was wünschen Sie sich ... jetzt im Moment ... oder auch für die Zukunft? ... Lassen Sie ihre Wünsche Gestalt annehmen. Und wenn Sie sie klar vor Augen haben, kommen Sie zu ihrer Zeit zurück in diesen Raum“.

– Kontaktaufnahme mit dem Baby

Für manche Patientinnen rückt das Baby in ihrem Bauch durch die Komplikation in der Schwangerschaft in den Hintergrund. Sie wissen zwar, dass Sie wegen ihres Kindes in der Klinik sind, aber die sehr lange strenge Bettruhe mit den dazugehörenden Belastungen (nicht duschen zu dürfen, nicht allein auf die Toilette gehen zu können) macht manche der Frauen mit der Zeit depressiv und mürrisch. Diese Übung richtet die Aufmerksamkeit auf das Baby und stellt den Kontakt zwischen Mutter und Baby (wieder) her. Ich verwende diese Übung eher zu einem späteren Zeitpunkt der Schwangerschaft, da ich den Eindruck gewonnen habe, dass die Frauen zu einem frühen Zeitpunkt, zu dem das Kind bei einer Frühgeburt kaum lebensfähig wäre, sich noch nicht richtig auf das Kind einlassen wollen. Vermutlich befürchten sie, dass die Trauer bei einem möglichen Verlust dann noch größer wäre.

„Ich möchte Sie nun einladen, Kontakt zu ihrem Baby im Bauch aufzunehmen. Dafür können Sie, wenn Sie möchten, die Hände auf den Bauch legen und Ihr Baby spüren. Vielleicht schläft es gerade. Vielleicht ist es aber auch wach. Beobachten Sie eine Weile das kleine Wesen in ihrem Bauch. Es kann schon sehr viel. Es kennt Ihre Stimme, sie ist ihm vertraut. Es kennt den Unterschied von hell und dunkel. Es kann bereits schmecken, z.B. schmeckt das Fruchtwasser anders, wenn Sie Süßes gegessen haben. Ihr Baby kann auch Berührungen wahrnehmen, z.B. die Ihrer Hand auf Ihrem Bauch. Es reagiert z.B. auf leichten Druck Ihrer Hand, indem es sich an die Hand schmiegt oder zurückdrückt. Vielleicht spielt es gerade mit der Nabelschnur. Vielleicht saugt es am kleinen Däumchen. Sie können sich vorstellen, dass Sie das Baby durch ihren Bauch hindurch berühren können. Seinen kleinen Körper, mit den kleinen Armen und winzigen Fingerchen, die zarte Haut, der kleine Kopf, der Rücken, der winzige Po, die Beine mit den kleinen Füßen und Fußzehen. Und wenn Sie möchten, dann können Sie Ihrem Baby sagen, dass Sie es bereits jetzt schon sehr lieb haben. Sie können ihm erzählen, was Sie ihm alles zeigen wollen, wenn es zur Welt gekommen ist, was Sie mit ihm teilen und erleben wollen. Sie können ihm sagen, wie sehr Sie sich freuen, wenn Sie es endlich in den Armen halten dürfen. Ganz allmählich verabschieden Sie sich von dem Kind in ihrem Bauch in dem Wissen, dass Sie jederzeit mit Ihrer Aufmerksamkeit wieder zu ihm kommen können. Und nun kommen Sie zu Ihrer Zeit zurück in diesen Raum“.¹⁰

– Mein Leben mit dem Baby (Partner/ Familie)

Diese Übung kann, ähnlich der vorangegangenen Übung, dazu dienen, sich konkret auf das Baby zu freuen. Die Übung lässt aber auch die Möglichkeit, eventuelle Befürchtungen oder Ängste zu formulieren und in eine Gestaltung oder Worte zu bringen, die beispielsweise die Veränderung der Rollenverteilung im Paar betreffen. Ebenso können Sorgen über eine mögliche Überforderung mit der neuen Situation geäußert werden.

„Lassen Sie, wenn Sie möchten, vor Ihrem inneren Auge Bilder entstehen, wie Sie sich das Leben mit Ihrem Baby vorstellen. Wie stellen Sie sich dieses neue Leben vor? Als (erweiterte) Familie,

¹⁰ Diese Übung habe ich in etwas abgewandelter Form im Geburtsvorbereitungskurs von der Hebamme Marlene Haika-Wild aus Krißfeld kennen gelernt.

zusammen mit Ihrem Partner? Nehmen Sie sich Zeit dafür. Und wenn Sie soweit sind, dann kommen Sie zu Ihrer Zeit zurück in diesen Raum“.¹¹

6.5.6 Übergang zur Gestaltung

Im Anschluss an die Entspannung lade ich die Patientinnen zunächst ein, ihr momentanes Gefühl spontan in ein Material ihrer Wahl umzusetzen. Manchen Frauen fällt dies nicht leicht und sie wünschen sich eine konkrete Anregung zur Gestaltung.

Im Folgenden werden kunsttherapeutische Einstiegstechniken beschrieben, die den gestalterischen Anfang erleichtern. Hierzu ist allerdings zu erwähnen, dass insbesondere die Einstiegstechniken wie die freie Collage oder der „Blinde Kritzel“ mit Bedacht zu wählen sind, da sie Unbewusstes, beispielsweise verdrängte Ängste und Sorgen zum Vorschein bringen können. Werden nun diese belastenden Gefühle in der Gestaltung sichtbar und bewusst, kann dies zu einer zusätzlichen Belastung und psychischen Destabilisierung führen.

Beispiel: Eine 34-jährige Patientin mit vorzeitigen Wehen und geöffnetem Muttermund in einer frühen Schwangerschaftswoche interessierte sich für das kunsttherapeutische Angebot in der Klinik. Die Patientin wirkte hochmotiviert und aufgeschlossen. Ich machte ihr nach einer anfänglichen Entspannungsübung das Angebot des „Blinden Kritzels“ (S. 46, Blinder Kritzel). Die Patientin hatte in der Entspannung warmes, helles Licht gesehen, das sie zu ihrem Baby „schicken“ wollte. Im „Blinden Kritzel“ sah sie sofort einen Uterus mit einem kleinen Fötus. Sie gestaltete den Kritzel derart aus, dass der Uterus von gelber Farbe (warmes Licht) umrahmt wurde. Der anfängliche Kritzel hatte aber mehrere feste Striche hinterlassen, die sich quer durch den „Uterus“ zogen. Alle Versuche der Patientin, die Striche zu übermalen, misslangen. Darüber war die Patientin zunächst nur leicht frustriert. Doch im Gespräch erinnerten die Striche sie an eine frühere Abtreibung, die sie hatte, weil das Kind behindert gewesen wäre. Ihre Stimmung verschlechterte sich in diesem Augenblick, als sie daran dachte, und sie sagte, dass sie die Abtreibung noch nicht verwunden hätte. Sie hätte sogar den Eindruck, dass die jetzige Komplikation in der Schwangerschaft eine Art „Strafe“ oder „Konsequenz“ der vergangenen bewussten Abtreibung sein könnte.

Sicherlich wäre es für die Patientin hilfreich gewesen, die Abtreibung und die damit verbundenen Schuldgefühle zu bearbeiten, doch eher vor einer erneuten Schwangerschaft. Denn in ihrer jetzigen Situation belasteten sie diese Gedanken so

¹¹ Für diese Übung gibt es keine Quelle, sie ist während der Arbeit der Autorin mit den Schwangeren entstanden.

sehr, dass sie ihr psychisches Gleichgewicht bedrohten, das sie aber dringend aufrecht erhalten musste, um die akute Krise zu überstehen.

Die Patientin erklärte mir in der darauf folgenden Sitzung, dass sie das kunsttherapeutische Angebot nicht weiter in Anspruch nehmen wollte, da es für sie zu belastend sei. Ich konnte dies nachvollziehen und habe nicht versucht, sie zu überreden, mit der kunsttherapeutischen Arbeit fortzufahren. Sie nahm sich dagegen vor, in der verbleibenden Zeit in der Klinik, Vokabeln für einen Sprachkurs zu lernen. Die Patientin hatte in diesem Fall selbst für sich gesorgt und sich vor zusätzlicher Belastung geschützt.

6.5.6.1 Blinder Kritzel

Dieser Übung kann eine Entspannungsübung vorangehen oder eine kurze Atemübung (S. 39, Atemübung), damit sich die Patientin auf sich besinnen kann. Sie erhält ein Blatt Papier und einen Bleistift oder einer Wachskreide. Nun soll sie mit den Händen die Konturen des Blattes vor sich erfühlen und kann hierbei bereits die Augen schließen. Ich fordere die Patientin auf, mit geschlossenen Augen und der nicht-dominanten Hand einen kurzen spontanen Kritzel auf das Blatt zu zeichnen. Dann kann sie die Augen wieder öffnen und soll nun das Blatt solange betrachten, bis sie etwas Konkretes darin erkennen kann. Hierbei kann das Blatt in alle Richtungen gedreht und aus der Nähe und Distanz betrachtet werden. Das Entdeckte kann nun mit den zur Verfügung stehenden Materialien betont und ausgearbeitet werden (Fußnote 11)

6.5.6.2 Blinder Tonkritzel

Für diese Übung bereite ich einen Tonklumpen vor, der bequem in der Hand liegt. Die Klientin ertastet nun mit geschlossenen Augen den Tonklumpen zunächst, um ihn dann zu formen. Es ist oft hilfreich zu betonen, dass die Klientin die Hände ganz ohne Konzept formen und verändern darf. In Einzelsitzungen setze ich hierfür kein Zeitlimit, da die Frauen nach einer bestimmten Zeit selbst die Gestaltung beenden. Im Anschluss öffnet die Patientin die Augen und betrachtet das Entstandene, was meistens bereits zu einem Gespräch führt. Das entstandene Objekt wird nun mit geöffneten Augen weiter bearbeitet. Das Objekt kann nun als Ausgangspunkt für ein Gespräch oder einen frei geschriebenen Text sein. Die Klientin kann dem Entstandenen auch noch einen Titel geben (Fußnote 11).

6.5.6.3 Freie Collage

Für diese Übung stelle ich verschiedene, möglichst unterschiedliche Zeitschriften, Illustrierte, Tageszeitungen aber auch farbiges Papier etc. zur Verfügung. Nach einer Entspannungsübung findet nun die Gestaltung in Form einer Collage statt, die sowohl Bilder als auch Worte enthalten kann (Fußnote 11). Die *Freie Collage* reduziert häufig die Hemmung mancher Patientinnen, den Schritt in das Gestalten zu wagen. Die bereits vorhandenen Bilder verringern oft die Angst vor der eigenen Bewertung des Selbstgestalteten.

6.5.6.4 Lebenslinie

Diese Übung ist eher für einen späteren Zeitpunkt in der Kunsttherapie geeignet, da hierfür bereits ein stabiles Vertrauensverhältnis vorhanden sein muss. Ich lade die Klientin ein, eine Lebenslinie zu gestalten mit dem Material ihrer Wahl, mit dem Anfangspunkt der eigenen Geburt und dem Endpunkt des heutigen Tages.

Bedeutsame Punkte können markiert werden. Nach der Gestaltung besteht wieder die Möglichkeit des Gesprächs, des freien Schreibens, aber auch das zu Ende-Führen der Sätze:

Vom heutigen Tag zurückblickend...

Wenn ich zurückschaue, sehe ich...

Meine Lebenslinie ist wie ein...

(Fußnote 11)

6.5.6.5 Körperbild

Diese Übung ist ursprünglich so gedacht, dass nach einer spontan eingenommenen Körperhaltung der Körperumriss der Klientin auf Packpapier gemalt wird. Dies ist in den meisten Fällen nicht möglich, so dass ich die Übung so umgewandelt habe, dass sich die Patientin ihren Körper vor ihrem inneren Auge vorstellt, möglicherweise in einer bestimmten Körperhaltung und eventuell eine imaginierte Reise durch den eigenen Körper antritt. Im Anschluss daran kann die Patientin entweder einen Umriss ihres Körpers frei malen und ausgestalten oder ihre momentanen Gefühle nach dieser inneren Reise umsetzen. Das Körperbild kann auch zu Beginn der Therapie als eine Art Diagnostikum eingesetzt werden. Hierfür erhalten die Frauen die Aufgabe, Bereiche des Körpers zu markieren, die ihnen Probleme bereiten.

Es gibt auch ein weiteres „Diagnostikum“, das Angela von Arnim, Fachärztin für Psychosomatik und Psychotherapie, entwickelte und in ihre Arbeit innerhalb der psychosomatischen Medizin einsetzt, den so genannten „Körperbild-Skulptur-Test“¹². Hierbei wird nach dem Einspüren in den eigenen Körper mit geschlossenen Augen eine Figur geformt. Im Anschluss daran wird die Figur betrachtet und es werden standardisierte Fragen beantwortet.

6.5.6.6 Partnerübungen

Manchmal kommt es vor, dass die Patientin den Wunsch äußert, ihr Partner möge an einer Stunde teilnehmen. Der Grund dafür ist beispielsweise, dass die Frau gerne ihren Mann teilhaben lassen möchte, oder dass es offen oder unterschwellig Probleme in der Partnerschaft gibt. Es kommt auch vor, dass der Partner verunsichert ist und wissen möchte, was seine Partnerin in einer kunsttherapeutischen Stunde tut. Hier bemühe ich mich immer darum, dass der Mann an der Stunde nicht als Zuschauer, sondern aktiv teilnimmt.

¹² Beim KörperbildSkulpturTest (KST) handelt es sich um einen projektiven Test zur Erfassung des Körperbildes. Der Test wurde erstmals von der Eutonie-Pädagogin Gerda Alexander (1978) angewandt. Sie ließ ihre Schüler mit geschlossenen Augen menschliche Gestalten modellieren. Er wurde in der Folge von Körpertherapeut/-innen zur Diagnose und als therapeutisches Mittel eingesetzt (Joraschky 1998; von Arnim 2003) Der Klient/ die Klientin modelliert mit geschlossenen Augen aus Ton eine menschliche Gestalt. Der Test basiert auf der Hypothese, dass bei fehlender visueller Kontrolle das unbewusste Körpererleben zum Ausdruck gebracht werden kann. Über dieses freie und spontan geschaffene Werk wird es ermöglicht, Empfindungen und Konflikte nonverbal auszudrücken. Das Ergebnis wird unmittelbar im Anschluss an das Plastizieren besprochen. Das Gespräch wird anhand eines Leitfadens (Körperbild- SkulpturInterview, KSI) geführt, um die Auswertung qualitativer Aspekte zu erleichtern.

Es gibt viele verschiedene Paarübungen. Im Folgenden werden einige dieser Übungen geschildert, die sich bisher in der kunsttherapeutischen Arbeit mit Risikoschwangeren bewährten:

6.5.6.6.1 „Jeder für sich und doch zusammen“

Das Paar bekommt ein gemeinsames Blatt, auf dem es zusammen etwas gestalten soll. Allerdings darf sich jeder sein eigenes Material auswählen. Die Partner sollten sich nun jeder einen Moment Zeit nehmen, dabei auch die Augen schließen und den eigenen Atem wahrnehmen, in sich hineinhorchen: Was bewegt mich? Nun sollen beide Partner beginnen, ihren Teil des Blattes zu gestalten, d.h. jeder malt zunächst ein eigenes Bild, der Platz in der Mitte bleibt frei. Dafür sind zehn Minuten vorgesehen. Danach betrachten beide schweigend erst das eigene Bild und dann das Entstandene des anderen. Nun ist es die Aufgabe, aus den beiden einzelnen Bildern auf dem Papier ein gemeinsames zu gestalten und dabei möglichst die bereits entstandenen Bilder nicht zu verändern. Nach ungefähr zehn Minuten folgt ein Gespräch über das Bild und den Prozess.

6.5.6.6.2 „Geführte Hände“ nach Pauli/ Kisch (1993)¹³

Bei dieser Übung sind neben Buntstiften auch Ölkreiden gut einsetzbar. Gemalt wird Handrücken an Handrücken, wobei mal der eine, mal der andere Partner die Führung übernimmt. Hier kann deutlich werden, wie sich innerhalb der Partnerschaft Dominanz und Anpassung verteilen. Dies wiederum kann Ausgangspunkt für ein gemeinsames Gespräch sein.

6.6 Grundsätzliche Vorgehensweise mit den Methoden - flexible Anwendung der Methoden

Das kunsttherapeutische Angebot gestalte ich im Interesse der Klientin möglichst flexibel, so dass sich individuell neue Ausdrucks- und Kommunikationsformen ergeben können.

Frau E., 19 Jahre, ist schwanger mit ihrem ersten Kind. Sie kommt ursprünglich aus Russland, spricht zwar Deutsch, hat aber einen Sprachfehler und vermeidet deshalb das Sprechen. Sie muss wegen einer ausgeprägten Muttermundschwäche bereits ab der 23. Schwangerschaftswoche in der Klinik liegen. Die kunsttherapeutischen Sitzungen sind geprägt von langem Schweigen ihrerseits. Das Gestalten ohne präzise Vorgaben schien sie zu verunsichern, so griff ich eine ihrer wenigen verbalen Äußerungen auf, in der sie sagte, dass sie Musik möge. Ich machte den Vorschlag, dass sie mit den Farben auf einem Blatt Papier „mit den Händen tanzen“ könne. Das gefiel ihr, sie wusste jedoch nicht, wie sie das machen sollte. So „tanzten“ wir zunächst gemeinsam zu einem von mir mitgebrachten und abgespielten Musikstück, was ihr große Freude zu bereiten schien. Das taten wir mehrmals, Frau E. suchte sich einen Untergrund aus, meist farbig, und dann begannen wir einen gemeinsamen tänzerischen Dialog. Da die verbale Sprache wegen des Sprachfehlers zunächst ein

Hindernis in der Kommunikation darstellte, diene die Musik als Medium, so dass wir uns auf der gestalterischen Ebene begegnen konnten.

Einige Methoden, die ich hier vorgestellt habe, werde ich in den Fallanalysen wieder aufgreifen.

6.7 Möglichkeiten der Bildbetrachtung im Anschluss an die Gestaltung

Nachdem der Gestaltungsprozess abgeschlossen ist, betrachten wir das Entstandene gemeinsam. Es gibt verschiedene Methoden, die Bildbetrachtung zu intensivieren und zu differenzierten Erkenntnissen zu gelangen. Einige davon möchte ich nun im Anschluss vorstellen¹⁴:

- **Betrachtung aus der Nähe und Distanz**

Die Patientin betrachtet das entstandene Werk zunächst aus der Nähe genau. Dann wird es von der Kunsttherapeutin in immer größer werdender Distanz gehalten, bis die Patientin die Entfernung für ausreichend hält. Oftmals wirkt das Entstandene aus unterschiedlichen Entfernungen anders, bestimmte Bildteile treten mehr in den Hintergrund, andere erhalten eine stärkere Gewichtung.

- **Perspektive wechseln**

Die Patientin oder die Kunsttherapeutin drehen das Bild, um es von allen Seiten, d.h. aus verschiedenen Perspektiven, betrachten zu können. Hieraus ergeben sich häufig neue Aspekte in der Exploration des Bildes und zugleich in der Selbstexploration der Klientin. Diese und die zuvor beschriebene Übung können gut kombiniert werden, d.h., das Bild kann zunächst gedreht und dann in der Entfernung gehalten werden, es kann auch in der Entfernung nochmals gedreht werden.

- **Körperhaltung einnehmen**

Die Klientin wird aufgefordert, nach der Gestaltung eine spontane Körperhaltung einzunehmen (bei Patientinnen mit strenger Bettruhe ist dies allerdings nicht angebracht) oder sich eine Haltung vorzustellen. Die Therapeutin nimmt zeitgleich dieselbe Haltung ein und es folgt ein Austausch über die Empfindungen während der eingenommenen Haltung. Die Therapeutin kann ihre Empfindungen innerhalb der gleichen Haltung ebenfalls äußern. Die Gefühle können nun in Bezug zu dem entstandenen Bild besprochen werden. Diese Übung dient dazu, über den Körper direkt die Gemütslage und Vorbewusstes zu erfassen. Ähnlich wie beim „Blinden

¹³ Vgl. Engelkamp, T./ Bittenbinder, E.: Malübung zu zweit. In Palette & Zeichenstift. Heft 1, 1995

Kritzel“ sollte diese Übung mit Vorsicht und nicht direkt zum Einstieg gewählt werden, da verdrängte Gefühle zum Vorschein kommen können.

- **Einen Aspekt des Bildes herausnehmen**

Die Patientin betrachtet das Bild und wird dazu eingeladen, sich einen Aspekt des Bildes herauszusuchen und diesen genauer zu betrachten, zu beschreiben, Gefühle dazu zu äußern oder sogar diesen Aspekt herauszugreifen, um ihn in einer weiteren Gestaltung zu bearbeiten.

- **Freies Schreiben**

Die Patientin schreibt spontan alles auf, was ihr bei der Betrachtung ihres Bildes in den Sinn kommt. Das können einzelne Worte, unzusammenhängende Sätze, Wortketten sein. Diese Methode ähnelt der von dem Surrealisten André Breton entwickelten:

- **„Ecriture automatique“**

„Denk-Diktat ohne jede Kontrolle durch die Vernunft“. Genau wie das freie Schreiben, nur dass sobald der Schreibfluss stockt, das letzte Wort oder der letzte Gedanke wiederholt wird, bis sich ein neuer Gedanke einstellt.

- **freies Gedicht oder „Elfchengedicht“**

Es wird ein freies Gedicht aufgeschrieben oder ein Elfchengedicht:

- 1 1 Wort: der erste Eindruck
- 2 2 Wörter: Zwei Eigenschaften
- 3 3 Wörter: Wo es ist
- 4 4 Wörter: Noch ein Einfall
- 5 1 Wort: Ein letztes Wort

Die Texte können den Prozess in einer weiteren Besprechung vertiefen.

- **Drehbuch schreiben zu einem so genannten „filmstill“**

Zu dem entstandenen Bild wird eine Art Drehbuch geschrieben, also eine Geschichte, in die das Bild eingebettet ist.

¹⁴ Die verschiedenen Möglichkeiten der Bildbetrachtung erlernte ich innerhalb meiner Weiterbildung zur „Klientenzentrierten Kunsttherapie“ bei Eberhard Nölke und Marilyn Willis

7 Zwischen Kunsttherapie und Kunstpädagogik

Innerhalb der Kunstpädagogik gibt es verschiedene Ansätze, die eine Nähe zur Kunsttherapie aufweisen. Im Folgenden möchte ich drei Ansätze darstellen und diskutieren, die sich im Bereich zwischen Kunstpädagogik und Kunsttherapie bewegen. Hierbei beschränke ich mich zunächst auf kunstpädagogische Ansätze im deutschsprachigen Raum:

7.1 *Bildnerisches Gestalten als Therapie in der Schule (Kathrin Uhrlau)*

Kathrin Uhrlau, Kunstpädagogin und Kunsttherapeutin, entwickelte ein Konzept: das Bildnerische Gestalten als Therapie in der Schule. Der Begriff des Bildnerischen Gestaltens stand in den 1970er Jahren der Berliner Rahmenpläne der Grundschule für ein Unterrichtsfach, das ein bis zwei Stunden pro Woche ab der ersten Klasse unterrichtet wurde. Uhrlau selbst versteht unter Bildnerischem Gestalten: Zeichnen, Malen, Collagieren und Modellieren mit verschiedenen Materialien wie Ton, Gips, Pappmachée u.Ä.. In den deutschen Bundesländern wird dieses Unterrichtsfach unterschiedlich bezeichnet wie beispielsweise „Kunst“, „Bildende Kunst“, „Kunsterziehung“, „Kunst und Gestaltung“ oder „Künstlerisches Gestalten“. Bildnerisches Gestalten als Therapie ist kein eigenständiger Fachbegriff, auch gibt es keine Therapieform unter diesem Namen. Uhrlau begreift „Bildnerisches Gestalten als Therapie“ als ein Synonym für „Kunsttherapie“ (Uhrlau 2002, S. 26). Da sich Uhrlau in ihrem Buch aber auf die Darstellung der Notwendigkeit einer Etablierung Bildnerischen Gestaltens als Therapie in den allgemeinen Schulen beschränkt und zu weiteren Kunsttherapieformen abgrenzt, behält sie den Terminus „Bildnerisches Gestalten als Therapie“ bei. Uhrlau sieht dieses Konzept als additives Angebot innerhalb der Schule an und nicht als therapeutischen Kunstunterricht, wie es beispielsweise das Konzept „Pädagogische Kunsttherapie“ von Richter (1984) vorsieht (S. 56, Pädagogische Kunsttherapie (Hans-Günther Richter)). „Bildnerisches Gestalten als Therapie in der Schule“ ist weder als Begriff noch als tatsächliches Angebot in deutschen Schulen etabliert. Uhrlau sieht die Notwendigkeit eines kunsttherapeutischen Angebots neben dem regulär verlaufenden Kunstunterricht, weil sich die Konflikte, Konzentrationsschwächen und übermäßige Aggressionen sowie bei einigen Kindern das „In-sich-Zurückziehen“ verstärken (Uhrlau 2002). Uhrlau nennt eine konkrete

Rahmenbedingung, die im Idealfall gegeben sein sollten: ein spezieller Arbeitsraum, der nur für die Therapie genutzt wird. Als Begründung nennt Uhrlau, dass dieser spezielle Arbeitsraum, der für das Bildnerische Gestalten als Therapie verwendet wird, einen „Unterricht zum Zwecke der Herstellung künstlerisch bewertungsfähiger Produkte im selben Raum ausschließt“ (S. 123). Hier wird bei Uhrlau der Unterschied zwischen Unterricht und Therapie sehr deutlich, nämlich durch den Aspekt der Bewertung. Uhrlau sieht sowohl den Kunstunterricht als auch das Bildnerische Gestalten als Therapie in der Schule für begründbar und notwendig an. Eine Vermischung beider Ansätze erachtet sie als ungünstig, da „durch den Aspekt der Bewertung ästhetischer Produkte (...) der therapeutische Raum die Atmosphäre (verliert), die für eine seelisch-psychische Gesundung unbedingt freiheitlich, ungezwungen und frei von Leistungsdruck sein muss“ (Uhrlau 2002, S.137). Die folgende Tabelle stellt die Unterschiede des Bildnerischen Gestaltens als Unterricht und des Bildnerischen Gestaltens als Therapie gegenüber:

BG als Unterricht	BG als Therapie
<ul style="list-style-type: none"> • Vermittlung von Kenntnissen und Fertigkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> • Entlastung von Spannungen, (auto)aggressiven Impulsen etc.
<ul style="list-style-type: none"> • Unterweisung in formale und ästhetische Aspekte von Kunst 	<ul style="list-style-type: none"> • Freiraum für Handeln, Experimentieren und Riskieren mit geringem Angstpotenzial vor Fehlleistungen
<ul style="list-style-type: none"> • Bewertung der technischen Fertigkeiten und des ästhetischen Wertes des künstlerischen Produktes 	<ul style="list-style-type: none"> • Indirekte Wertbeimessung: die Therapeutin ermutigt zum Handeln; Tadel werden vermieden
<ul style="list-style-type: none"> • Erziehung 	<ul style="list-style-type: none"> • Persönlichkeitsfindung
<ul style="list-style-type: none"> • Final orientiert: es wird immer ein Ergebnis angestrebt 	<ul style="list-style-type: none"> • Situativ und unvorhersehbare Entwicklung: „Der Weg ist das Ziel“
<ul style="list-style-type: none"> • Kontinuum: BG ist Unterrichtsfach über mindestens neun Schuljahre 	<ul style="list-style-type: none"> • Sporadisch angewandt: Der Zeitrahmen entspricht den Erfordernissen und ist auf einen bestimmten Zeitraum begrenzt
<ul style="list-style-type: none"> • Klassenfrequenz: ca. 30/ ca. 20 	<ul style="list-style-type: none"> • Einzeltherapie oder

oder ca. 8-17 Schülerinnen pro Klasse (Allgemeine Schule, Integrationsklassen, Förderschule)	Gruppentherapie mit max. 8 Teilnehmerinnen
Vermeidung von Kontrollverlusten und Emotionsausbrüchen	Provozieren des Aufsteigens starker Affekte
Qualifikation durch Lehramtsstudium	Qualifikation durch Kunsttherapiestudium

Tabelle 1: BG als Unterricht und BG als Therapie im Vergleich (Uhlrau 2002; S.138)

Katrin Uhlrau hat eine Vision eines eigenen Kunsttherapieraumes im schulischen Kontext, in dem sowohl Einzeltherapien als auch Gruppentherapien stattfinden können. Dieser Therapieraum sollte im günstigsten Fall eine Kreisform als Grundstruktur haben, da dies weniger hierarchisch und eher kommunikationsfördernd sei. Aus diesem Grund empfiehlt Frau Uhlrau, Gruppensitzungen mit einem Sitzkreis zu beginnen und abzuschließen. Material sollte in ausreichender Menge und Vielfältigkeit vorhanden sein, um „eigene Vorlieben, Ausdrucksweisen und –formen entwickeln zu können“ (Uhlrau 2002, S. 130).

Katrin Uhlraus therapeutische Grundhaltung entspricht der Haltung der Humanistischen Psychologie, insbesondere der therapeutischen Haltung Carl R. Rogers:

- *Die Akzeptanz des Individuums mit unbedingter Wertschätzung*
- *Bereitstellung eines Klimas ohne Bewertung*
- *Empathie, einführendes Verstehen*
- *Freiheit im symbolischen Ausdruck: „In der Kunst und beim Ausdruck von Gefühlen gibt es kein Richtig und kein Falsch“*
- *Respekt: „Respekt vor dem Kind zu haben bedeutet auch, sich zu bemühen, den ureigenen Weg eines jeden Kindes zu entdecken und Unterstützung bei der Entfaltung zu leisten“*

(Uhlrau 2002, S. 133; Rogers 1991)

Katrin Uhlrau sieht die Notwendigkeit von Kunsttherapie oder Bildnerischem Gestalten als Therapie darin, dass Lehrerinnen und Lehrer die erhöhten Anforderungen durch Überforderungssymptome wie aggressivem Verhalten,

sozialem Rückzug mit denen Kinder in der Schule auffallen, nicht auffangen können. „Hier ist die Kompetenz und der tatkräftige Beistand von Seiten einer therapeutisch geschulten Profession vonnöten. Kunsttherapeutinnen in Schulen können die Pädagoginnen unterstützen, Kindern und Jugendlichen denn Zugang zu ihrem Unbewussten zu öffnen“ (Uhlrau 2002, S. 157). Die Kinder könnten durch solch ein Angebot Ausdrucksformen für ihre Gefühle und Gedanken und inneren Bilder finden. Besonders Kindern mit Störungen im Verhalten könne die Therapie einen geschützten Raum bieten, in dem auch destruktive und dissoziale Gedanken erlaubt sind und entladen werden dürfen, sowie im bildnerischen Produkt eine Sublimierung¹⁵ finden (ebd. S. 158).

In diesem dargestellten Konzept von Kathrin Uhlrau gibt es einige Gemeinsamkeiten mit der in dieser Untersuchung vorgestellten Kunsttherapie mit Risikoschwangeren: Die (therapeutische) Haltung, die Uhlrau beschreibt, entspricht dem klientenzentrierten Ansatz nach Carl R. Rogers, die Grundlage dieser kunsttherapeutischen Arbeit ist: Sowohl Akzeptanz und Wertschätzung, Empathie und Kongruenz als auch das Zutrauen und manchmal auch das Zumuten von Autonomie. Auch Uhrlaus Begründung der Notwendigkeit des Etablierens von Bildnerischem Gestalten als Therapie in der Schule, nämlich dass Schule nicht die notwendigen Voraussetzungen für eine Hinwendung und Bearbeitung der seelischen und psychischen Probleme der Kinder und Jugendlichen besitzt, entspricht der Situation in der Klinik. Weder Ärzte noch Krankenschwestern und Pfleger können sich in ausreichendem Maße um die seelische und psychische Befindlichkeit der Patientinnen kümmern. Und gerade die psychische Befindlichkeit spielt im Heilungsprozess aus psychosomatischer Sicht eine große Rolle. Auch das von Uhlrau beschriebene Materialangebot und die Methoden sind ähnlich, d.h. die Auswahl an unterschiedlichem Material gestattet ausreichend alternative Verwendungsmöglichkeiten, um eigene Ausdrucksweisen entwickeln zu können. Die ebenfalls beschriebenen Idealbedingungen eines eigenen Therapieraumes, der nur für die Therapie genutzt wird, wäre für die Arbeit mit Risikoschwangeren sicher sinnvoll, ähnlich wie für das Bildnerische Gestalten als Therapie in der Schule. Dies ist aber faktisch momentan in der Klinik, in der die empirische Untersuchung

¹⁵ Sublimierung: (Begriff aus der Psychoanalyse) bezeichnet einen psychischen Vorgang, bei dem versucht wird, intellektuelle und künstlerische Leistungen zu erklären. Die freudianische Theorie besagt, dass es bei der

durchgeführt wurde, nicht umsetzbar. Sinnvoll wäre dieser Raum deshalb, weil er es den Patientinnen ermöglichen würde, aus dem Klinikalltag für eine gewisse Zeit herauszukommen, und sei es auch im Krankbett, in einer ansprechenden Atmosphäre sich auf die eigene Befindlichkeit zu konzentrieren. Die kunsttherapeutische Stunde im Krankenzimmer versuche ich zwar durch ein „Bitte-nicht-stören“-Schild zu schützen, was aber vom Personal oder Besuch nicht immer respektiert wird, weil beispielsweise im Patientinnenzimmer geputzt oder der Essenstisch abgeräumt wird oder die ärztliche Visite kommt.

Uhrlaus Anliegen, einen Raum frei von Bewertung zu schaffen, weil Therapie „Unterricht zum Zwecke der Herstellung bewertungsfähiger Produkte im selben Raum ausschließt“ (Uhrlau 2002, S. 123), entspricht dem klientenzentrierten kunsttherapeutischen Ansatz, der ebenfalls Bewertung ausschließt. Dennoch ist der Aspekt der Bewertung selbst in einem außerschulischen Bereich wie der Kunsttherapie mit Risikoschwangeren immanent, denn fast jede der Frauen trägt in sich eine eigene Bewertungsinstanz, die sie z.T. noch aus ihrer Schulzeit mitbringt („Ich bin nicht talentiert.“ „Das konnte ich noch nie.“ „Da bin ich aber überhaupt nicht begabt.“), die es ihr teilweise sehr schwer macht, überhaupt in einen Gestaltungsprozess einzutreten. Häufig ist gerade dies die erste große Hürde, die es zu überwinden gilt, bis sich die Frauen trauen selbst zu gestalten. Oftmals hilft es zu betonen, dass es nicht darum geht, explizit Kunst zu machen, dass sie ihren Händen vertrauen sollen und die „Schere im Kopf“ versuchen zur Seite zu legen. Auch ermutige ich die Frauen, sich daran zu erinnern, wie sie möglicherweise als kleine Kinder spontan und ohne Scheu gestaltet haben. Wenn die Scheu sehr groß ist, wende ich Einstiegstechniken an, die die Kontrolle durch den Intellekt unterwandern, z.B. mit der nicht-dominanten Hand und mit geschlossenen Augen („Blinder Kritzel“) beginnen oder durch das Angebot der Herstellung einer freien Collage, die eine Hilfe durch die bereits fertigen Bilder darstellt. Katrin Uhrlau greift den Aspekt der Bewertung lediglich im Zusammenhang der Abgrenzung von bildnerischen Gestalten als Therapie in der Schule und dem Kunstunterricht in der Regelschule auf. In diesem Punkt unterscheiden sich die beiden Ansätze maßgeblich. Dass es aber dennoch einen Erwartungsdruck mit eigener Bewertungsinstanz gibt, möglicherweise mehr bei älteren Kindern und Erwachsenen, und wie damit umgegangen werden könnte, darauf geht Katrin Uhrlau nicht ein.

Sublimierung um eine „Umschichtung“ oder Verschiebung sexueller Energie im zunächst nicht unmittelbar

Die Art der Betrachtung des Entstandenen ist bei beiden Konzepten ähnlich. Uhlau formuliert: „Es ist sinnvoll, das künstlerische Produkt als Ganzes zunächst auf sich wirken zu lassen und anschließend über das Gespräch mit der Schöpferin die transportierten Botschaften zu entschlüsseln“ (ebd., S. 54). Mit den Risikoschwangeren betrachte ich zunächst das Bild, lasse Assoziationen formulieren, drehe das Produkt, halte es näher und weiter entfernt, um der Patientin die Möglichkeit zu geben, ihr Werk genau zu betrachten und zu explorieren. Die Entschlüsselung geschieht immer im Gespräch und nie in einer rein von der Therapeutin deutenden und interpretierenden Art.

7.2 Pädagogische Kunsttherapie (Hans-Günther Richter)

Das von Hans-Günther Richter entwickelte Konzept der „Pädagogischen Kunsttherapie“ entstand aus dem von ihm in den 1970er Jahren konzipierten „Therapeutischen Kunstunterricht“ (1977) und wurde zunächst im Förderschulbereich für Schüler mit emotionalem Förderbedarf eingesetzt. Richter differenzierte in seiner Untersuchung die von ihm beschriebenen Grundlagen einer Didaktik des pädagogisch-therapeutischen Kunstunterrichts in Bezug auf die Anwendung innerhalb ausgewählter Formen von Behinderung/ Benachteiligung. Hierfür wählte er die Bereiche

- Lernbehinderte
- Verhaltensauffällige/ Verhaltensgestörte
- Körperbehinderte.

Richter stellt in seiner Arbeit die spezifischen Unterschiede der kunsttherapeutischen Förderung dar und differenziert die Voraussetzungen, den Aufbau und die Sequenzierung von Unterrichtseinheiten/ Fördermaßnahmen und methodischen Varianten von pädagogisch-therapeutischer Förderung.

Das Konzept geht nicht von einem Lehrplan oder Curriculum aus, sondern von dem jeweiligen Entwicklungsstand des Kindes im emotionalen, intellektuellen und sozialen Bereich (Richter 1991). Richter ist der Meinung, dass „es keine – auch keine psychologisch orientierten – kunsttherapeutischen Aktivitäten ‘an sich’ gibt, sondern dass bestimmte (und jeweils zu bestimmende) Verfahren im Hinblick auf bestimmte Personen ausgewählt werden müssen“ (Richter 2005³, S. 10). Das bedeutet eine hohe Subjektorientiertheit, die Lebensgeschichte des Schülers ist bestimmend und die individuelle Problematik definiert die Materialien, die

verbunden erscheinende Endergiebereiche geht.

Aufgabenstellungen und Methoden des (meist sonderpädagogischen) Kunstunterrichts. Von den vorhandenen Ressourcen der Schüler ausgehend, werden lebensgeschichtlich bedeutsame, auch konflikthafte Inhalte aufgegriffen. Lösungsvarianten können von den Schülern gestaltend erprobt werden, die sie bestenfalls auf ihre Alltagssituationen übertragen können. Dies geschieht auf einer weitestgehend bewertungsfreien Ebene. Richter vertritt die Auffassung, dass Schule generell einen „klientenzentrierten“ Charakter annehmen sollte. Im Zuge dessen schreibt Richter: „Die pädagogisch-therapeutischen Maßnahmen mit ästhetischen Mitteln wären dann als Teil einer generellen Umstrukturierung von Unterricht anzusehen – einer Umstrukturierung, die auf die gestörte Lernbasis der Heranwachsenden reagiert und die von dem Grundsatz ausgeht, den Lerninhalt, die Aktivitäten vorrangig als Mittel (der Rehabilitation) einzusetzen“ (Richter 2005³, S. 18).

Zu den Wurzeln der pädagogischen Kunsttherapie zählt Richter das kunstpädagogische Konzept J.H. Pestalozzis (1800/1803), das von der „Formkraft“ ausgeht, die „Teil einer Selbstkraft, einer Art Selbst-Identifikation“ darstellt (Richter 2005, S. 91), das heilpädagogische Konzept Jan Daniel Georgens und Heinrich Marianus Deinhardts (1861/63), das eine Art Rehabilitation mit ästhetischen Mitteln vorsieht und die expressionistisch und reformpädagogisch beeinflusste Heilpädagogische Kunsterziehung (Heckmann 1935), die eine Kombination von Ausdrucksgeschehen und Gestaltungslehre beinhaltet. Heckmann ließ gegenständliche Darstellungen aus ungegenständlichen Aktivitäten, z.B. Kritzel- und Klecksformen entstehen. „Evokatorische, experimentelle Aktivitäten sollen (...) in einem System von kontrollierten Ausdrucksmitteln aufgefangen werden, spontan Entstehendes in gegenständliche Darstellung bzw. in eine halbgegenständliche/ ungegenständliche Bildsprache überführt werden“ (Richter 2005, S. 103). Hierbei steht nicht allein die entlastende, befreiende Aktivität als Ziel im Vordergrund, sondern die Umformung und Umdeutung in eine Bildsprache.

Richter bezieht sich auf Ansätze gegenwärtiger pädagogischer Kunsttherapie und setzt sich mit ihnen kritisch auseinander, z.B. mit der Veröffentlichung von Susanne Blochs „Kunst-Therapie mit Kindern“ (1982), die als „Anliegen dieses Buches, die heilende und psychohygienische Wirkung der Gestaltung als pädagogisches Feld und Medium“ formuliert. Das pädagogische Ziel der

„Kunsttherapie mit Kindern“ sei die Selbstidentifikation mit Mitteln der Kunst, damit verknüpft die Ich-Aktivierung, Ich-Aufbau, Stärkung der Identität, Übernahme von Werten, Vorbeugung psychischer und sozialer Defizite, Einübung von kooperativem Handeln, Regeneration durch regressive bildnerische Aktivitäten, Auseinandersetzung mit Kunst, Aufbau von Erkenntnis- und Verstehensprozessen mit Hilfe der Kunst und Symbolbildung (vgl. Bloch 1982, S. 72-83). Als weiteren Ansatz pädagogischer Kunsttherapie der Gegenwart beschreibt Richter Edith Kramers Ansatz „Kunst als Therapie mit Kindern“ (2004, 4. Unveränderte Auflage von 1975/ 78), der als pädagogische Zielsetzung Ich-Stärkung sowie Stützung der Reifungsprozesse durch Kunst vorsieht. Künstlerische Prozesse sollen in der Erziehung/ Nacherziehung zur Ich-Entwicklung/Stützung des Ichs herangezogen werden; das sei Kunst als Therapie im Gegensatz zur Kunsttherapie, die den Einsatz der Kunst zur Diagnostik und Unterstützung der Therapie in der Analyse verwende. Richter entwickelte eine Didaktik der pädagogischen Kunsttherapie, die davon ausgeht, dass „(g)erade ein klientenzentrierter, behinderungsspezifisch ausgerichteter Unterricht (...) nicht ohne Planungsrationalität auskommen (kann), er muß aber Raum für Situativeres, Autobiographisches lassen“ (Richter 2005, S. 127). Hierbei sei der Unterrichtsinhalt nicht Zweck sondern Mittel, um Fähigkeiten zu entwickeln innerhalb der Sprache, der Bewegung, Wahrnehmung, Kognition und Soziabilität (vgl. Richter 2005, S. 127). Als Zielrichtung von kunsttherapeutischer Förderung formuliert Richter die Selbst-Identifikation und „Kommunikation im ästhetischen Bereich“ (ebd., S. 134). „Beide Formen ‘ästhetischer’ Aktivitäten/ Erfahrungen tragen zum Aufbau personaler Individualität bei, weil sie eine Möglichkeit menschlicher Grunderfahrungen konkretisieren – sich in Bildern ausdrücken und verständigen zu können. Diese Erfahrungen am Material der Kunst/ Medien, den kulturellen Sachverhalten werden in einer besonderen, nicht durch die Sprache bestimmten Form vermittelt und sind daher besonders geeignet, den Heranwachsenden in der Beschäftigung mit dem anderen Medium auf sich selbst und seine Beziehungen auf andere zu verweisen, also Selbst-Reflexion auszulösen, Identifikationsprozesse zu initiieren“ (ebd., S. 43). Richter trennt explizit nicht zwischen Schule und Kunsttherapie wie beispielsweise Uhrlau im vorangehenden Kapitel, sondern spricht sich für eine

kunsttherapeutische Förderung im Unterricht aus: „Diese Art der Förderung (Richter bezieht sich hier auf die studio- oder atelierartige Förderung in einem eigenen Raum außerhalb des Unterrichts) trennt zwischen Schule und Studio/ Werkstatt, zwischen Lernen und Therapie, zwischen normiertem Leben und (künstlerischem) Ausleben. (...) unter schulpädagogischen *und* sozialpädagogischen Aspekten gesehen, erscheint sie aber wenig sinnvoll zu sein, weil sie den pathogenen Faktoren, z.B. dem (schizophrenogenen) Auseinanderbrechen zusammengehörender Lebensbereiche nicht entgegenwirkt“ (Richter 2005, S. 161).

Um nun aber kunsttherapeutisch in der Schule tätig sein zu können, müsse der Lehrer Kenntnisse über den Umgang mit künstlerischen Ausdrucksmitteln haben, aber auch darüber, wie „künstlerische Konkretionen (...) in therapeutischer Absicht umstrukturiert werden können“ (Richter 2005, S. 180).

Richter stellt in seinem Konzept dar, dass die pädagogische Kunsttherapie nicht von einem Curriculum oder Lehrplan ausgeht, sondern am jeweiligen Entwicklungsstand im emotionalen, intellektuellen und sozialen Bereich ansetzt. Richter spricht von einer „hohen Subjektorientierung“. Die individuelle Problematik definiert die Materialien, Aufgabenstellung und Methode. Dies entspricht dem klientenzentrierten Ansatz. Richter vertritt sogar die Meinung, Unterricht solle generell einen „klientenzentrierten“ Charakter annehmen, wobei dies nicht bedeute, keinerlei Planung des Unterrichts vorzunehmen, sondern trotz Planung offen für Situations zu sein. Ziel der Pädagogischen Kunsttherapie sei die Initiierung von Prozessen der Selbstreflexion, Selbst-Identifikation, Ich-Aktivierung, Stärkung der Identität und Kommunikation im ästhetischen Bereich. Obwohl Richters Konzept der Pädagogischen Kunsttherapie vorsieht, dass sie im Unterricht angesiedelt sein soll, spricht Richter sich dafür aus, dass dies auf einer weitestgehend bewertungsfreien Ebene stattfindet.

Die Kunsttherapie mit Risikoschwangeren plane ich im Vorfeld, oft ist eine gewisse Abfolge sinnvoll (anfangs Methoden zur emotionalen Stabilisierung wie beispielsweise die Phantasiereise zu einem „Wohlfühlort“, Kontaktaufnahme mit dem Baby, Thema Geburt etc.), aber meist zeigt sich sehr schnell ein Weg auf, den die Klientin/ Patientin gehen möchte, welche Materialien sie in welcher Stunde verwenden möchte, welche Konflikte virulent sind und zu einem Ausdruck drängen. Je nach Situation der Frau und ihren persönlichen Wünschen richte ich

meine Arbeit aus, teilweise von rein künstlerischen Fragestellungen her wie: „Wie setzte ich das Bild einer weißen Magnolie mit Pastellkreide um?“ bis zu psychotherapeutischen Prozessen mit Fragen wie: „Wie wird sich meine Partnerschaft verändern? Wie möchte ich die Mutterschaft leben?“

Das Konzept der Pädagogischen Kunsttherapie von Richter bezieht sich zunächst auf die Zielgruppe Schüler in heil- bzw. sonderschulpädagogischen Einrichtungen, wobei Richter das Konzept nicht notwendigerweise darauf beschränkt sieht, sondern eine generelle Umstrukturierung des Unterrichts im Sinne eines „klientenzentrierteren“ Charakters begrüßen würde (wie bereits schon erwähnt). Die von Richter genannten Ziele der Pädagogischen Kunsttherapie wie Initiierung von Selbstreflexion und Selbstidentifikation, aber auch der Kommunikation im ästhetischen Bereich können ebenfalls als Ziele der Kunsttherapie mit Risikoschwangeren formuliert werden. Die Hinführung, die Umsetzung und auch das Ergebnis werden sich mit hoher Wahrscheinlichkeit unterscheiden, da sich die Zielgruppen durch ihr Alter, ihre Lebenswelt und ihre Beeinträchtigung unterscheiden. Für die zuerst genannte Zielgruppe, die Heranwachsenden in sonder- oder heilpädagogischen Einrichtungen, steht die Rehabilitation, die Nacherziehung und Prävention mit künstlerisch-bildnerischen Mitteln im Vordergrund. Bei der Zielgruppe der Risikoschwangeren ist der Umgang mit einer akuten Krise, die Entlastung von Ängsten und Befürchtungen, die Klärung von (inneren) Konflikten vordergründig, die entweder durch die Krise ausgelöst wurde oder die Krise möglicherweise mitbedingten. Die von Richter formulierten Ziele der Ich-Aktivierung und Stärkung der Identität, sind ebenfalls Ziele der Kunsttherapie mit Risikoschwangeren. Denn die Frauen befinden sich in dieser Situation in einer Umbruchsphase, wo sich einerseits die Identität weiterentwickelt, nämlich hin zur Mutter, die verantwortlich ist für einen neuen Menschen, zum anderen braucht das Ich Stärkung, denn es befindet sich in einer Krise durch die Komplikation in der Schwangerschaft.

7.3 *Kompensatorischer Kunstunterricht (Barbara Wichelhaus)*

Kompensation bedeutet im Alltagsgebrauch Ausgleich, Entlastung¹⁶. Die Heilpädagogin Barbara Wichelhaus präzisiert die Kompensation im Kunstunterricht auf den Ausgleich „gesellschaftlich erzeugter Defizite und Mängel,

die auf das Individuum einwirken und seine psychische und soziale Situation beeinflussen und nachhaltig negativ verändern können“ (Wichelhaus 1995, S. 35). Diese Defizite führen laut Wichelhaus zu Selbstentfremdung, Verlust an sozialer Integration und Interaktion, Natur- und Kulturentfremdung, die wiederum Verhaltensauffälligkeiten nach sich ziehen wie verstärkte Ängste und Aggression. Kompensation als Abwehrmechanismus kann zu einer vorübergehenden Entlastung führen. Wichelhaus zeigt verschiedene Aspekte auf für kompensatorischen Unterricht und die entsprechenden Bedingungen:

- Sensomotorische Erfahrung und sinnliche Wahrnehmung

Anhand von so genannten „regressiven Verfahren“ wie Matschen, Sudeln, Kritzeln, Fingerpainting etc. können die Kinder „spezifische Erfahrungen im triebdynamischen, emotionalen und sinnlichen (optischen und haptischen) Bereich (...) machen, die eine Basisfunktion für den Aufbau von höher strukturierten Wahrnehmungs- und Erkenntnisprozessen im Sinne der genetischen Erkenntnistheorie (Piaget 1973) darstellen und in der Regel als besonders lustvoll erlebt werden“ (Wichelhaus 1995, S. 36).

Gleichzeitige Sinneserfahrungen werden durch verschiedener Methoden wie beispielsweise nach Musik malen, Fingerpainting, aber auch Prozesse, die Bewegung, Körpererleben, Raumerleben und Plastisches Gestalten angesprochen. Dies fördert die Entfaltung der Persönlichkeit in ästhetischen Prozessen und erweitert die Auseinandersetzung. Barbara Wichelhaus spricht hier von einem polyästhetischen Feld für Erfahrungen.

Diese Erfahrungen, die durch „regressive Verfahren“ ausgelöst werden, sind im Kindesalter wohl noch bedeutsamer als im Erwachsenenalter. Dennoch erleben die schwangeren Frauen manchmal den direkten Kontakt beispielsweise von Farbe an den Händen als sehr lustvoll. Wird z.B. das zu bemalende Papier vorher mit Kleister eingepinselt, um dann anschließend mit den bloßen Händen darauf zu malen (was eine Technik des Ausdrucksmalens ist), können oftmals Emotionen spürbar werden und zum Ausdruck gelangen. Da die Kunsttherapie mit Risikoschwangeren allerdings hauptsächlich im Krankenbett stattfindet, biete ich diese Form des Malens nicht so oft an, es sei denn der Gestaltungsprozess

¹⁶ kompensatorisch: ausgleichend; kompensatorische Erziehung: Förderungsmaßnahmen, die bei Kindern auftretende sprachliche, kognitive, emotionale oder soziale Entwicklungsrückstände ausgleichen oder mildern sollen (Duden: Das Fremdwörterbuch. Band 5).

entwickelt sich in diese Richtung und es ist der Wunsch der Patientin. Mit Ton oder einer lufttrocknenden Modelliermasse können die Schwangeren dagegen immer arbeiten. Das Kneten des Tons bewirkt oftmals eine Abfuhr von aggressiven Gefühlen, manchmal wird der Ton auch fast „zärtlich“ bearbeitet, z.B. wenn unter den Händen der Frau ein Embryo entsteht oder eine Mutter, die ein Kind im Arm hält. Der Ton hat durch seine Konsistenz und Dreidimensionalität viel Körperliches.

Bewegung und Körpererleben kommt in der Zeit des Klinikaufenthaltes für die Schwangeren zwangsweise zu kurz. Dem entgegenzuwirken beginne ich die kunsttherapeutischen Stunden meistens mit Übungen zur Körperwahrnehmung und kleinen Bewegungen der Gelenke im Sinne der Funktionellen Entspannung nach Marianne Fuchs (S. 39, Funktionelle Entspannung (FE)).

- Selbstwahrnehmung und Selbstdarstellung

Die Selbstwahrnehmung kann durch Selbstaussdruck beispielsweise in Form eines Selbstportraits oder Selbstdarstellung vom einfachen Körperabdruck bis hin zum Rollenspiel der Selbstentfremdung entgegenwirken (vgl. Wichelhaus ebd., S. 36). Barbara Wichelhaus verwendet den Begriff „Selbstthematisierung“ und führt dies aus mit einer Zielformulierung: „Über die ästhetische Darstellung soll eine spezifische Form des „Ich-Erlebens“ vermittelt, ein Selbstkonzept aufgebaut werden, das zur Identitätsfindung und –entwicklung führt“ (Wichelhaus 1995, S. 36). Hierbei gehe es weniger um die Frage „Wie sehe ich aus?“ als um die Frage „Wer bin ich?“ Neben der Auseinandersetzung mit sich selbst entstehe quasi durch den sichtbaren Selbstaussdruck auch Kommunikation mit anderen.

Georg Peez hebt in Berufung auf dieses Konzept den kommunikativen Aspekt hervor: „Weil dieses bildnerische Objekt greifbar ist, besteht die Chance, dass die inneren, psychischen Anteile nun auch ein Stück weit ‚begreifbarer‘ werden. Die Öffnung nach außen zur Mitwelt ist hierin enthalten, denn die Kommunikation über die Selbstdarstellung ist anhand des Objektes möglich“ (Peez 2008, S. 84). Dieser Aspekt der Selbstwahrnehmung und Selbstdarstellung ist auch innerhalb der Arbeit mit Risikoschwangeren bedeutsam. Denn durch die medizinisch bedingte Notwendigkeit des langen Liegens verlieren die schwangeren Frauen schleichend aber doch drastisch die Selbstwahrnehmung, vor allem und zunächst die Wahrnehmung ihres eigenen Körpers. Manche Frauen beschreiben es so, als

seien sie, bzw. ihr Körper lediglich eine Art „Gebärrhülle“, die eine Funktion besitze, auf die sie beschränkt seien. Der Körper wird oft lediglich durch Verspannungen oder Schmerzen durch Muskelatrophie in Beinen und Rücken spürbar.

Ebenso gilt dies für das innere Erleben der schwangeren Frauen. Zu Beginn des Klinikaufenthaltes herrschen meist Angst bis Panik vor das Kind zu verlieren.

Bleibt die Schwangerschaft nach einer gewissen Zeit stabil, können Schuldgefühle auftauchen in Bezug auf die Ursache der Komplikation, eventuell auch Schuldgefühle gegenüber weiteren Kindern zu Hause, die nun auf die Mutter verzichten müssen, oder dem Ehemann, der nun eine erhebliche Mehrbelastung tragen muss. Oft entsteht auch ein Gefühl der Langeweile und Monotonie, das Gefühl der Einsamkeit, Abhängigkeit bis hin zur depressiven Verstimmtheit. Können sich die Frauen diesen Gefühlen zuwenden, sie wahrnehmen und bestenfalls zum Ausdruck bringen und damit wie Peez schreibt, über die Selbstdarstellung anhand eines Objektes in Kommunikation treten (s.o.), kann dies zur Identitätsentwicklung beitragen. Dies mag seltsam klingen bei erwachsenen Frauen, aber gerade die Schwangerschaft ist ein Umbruch, in dem sich die Identität erweitern kann. Barbara Wichelhaus bezieht die Begriffe Identitätsfindung und –entwicklung auf die Zielgruppe Schüler, und dieser Unterschied zur Zielgruppe der Kunsttherapie mit Risikoschwangeren wird sicherlich in den Gestaltungsprozessen und den Ergebnissen unterschiedlich ausfallen. Dennoch ist für beide Zielgruppen die Selbstwahrnehmung und Selbstdarstellung sinnvoll und bedeutsam, um der Selbstentfremdung entgegen zu wirken.

- **Materialerfahrung**

Auch an unterschiedlichem Material können spezifische Erfahrungen gemacht werden, die im gestalterischen Prozess parallel zum innerpsychischen Prozess verlaufen können: „Der unvermeidliche Materialkontakt garantiert einen Bezug zur Realität, der, ausgehend von sensorisch erfahrbaren Materialqualitäten, vom Stofflichen im Ausgangsmaterial, über Materialbearbeitungen zum ästhetischen Objekt führt. Material ist veränderbar, beeinflussbar, man kann konstruktiv und destruktiv mit Material umgehen, Ausgangspunkt und Endzustand sind nicht identisch. Die Spuren der Bearbeitung sind im ästhetischen Zustand des fertigen

Objektes enthalten. Das Material ermöglicht Sach- und Beziehungsaspekte. Unterschiedliche Materialien lösen unterschiedliche Emotionen und Reaktionen aus.“ (Wichelhaus 1995, S. 37)

Das Bearbeiten des Materials kann das Gefühl von Selbstwirksamkeit auslösen, im Sinne von „Spuren hinterlassen“. Die Risikoschwangeren erleben sich aktiv durch die von ihnen herbeigeführte Veränderung des Ausgangszustandes des Materials. Das Malen mit Aquarellfarbe erleben manche Frauen als angenehm, wenn ihnen beispielsweise sehr heiß ist oder das Verlaufen der Farben ineinander ein Gefühl von Entspannung bei ihnen auslöst. Ton dagegen bietet mehr Widerstand. An ihm können Gefühle von Aggression oder innerem Druck abgearbeitet werden. Meistens fühlen sich die Frauen in der jeweiligen Situation zu einem bestimmten Material hingezogen und möchten damit gestalten.

Der Kompensatorische Kunstunterricht soll es ermöglichen, vorhandene Defizite auszugleichen. In der Arbeit mit Risikoschwangeren sind auch Defizite bemerkbar, z.B. durch die (für das Kind im besten Falle) lange Liegezeit, die teilweise drei Monate umfasst, in der die Frauen sich gar nicht oder kaum bewegen dürfen. Hier könnte Kompensation im Sinne von Ausgleich durch gestalterischen Ausdruck von Gefühlen verstanden werden, die im Inneren bewegen, äußere Bewegung darf nicht stattfinden. In dieser Zeit baut sich sicherlich ein Mangel an sinnlicher Erfahrung auf. Häufig läuft der Fernseher stundenlang, die sinnesbelebende Dusche zur Körperpflege muss oft für einige Wochen ausbleiben, da die Frauen im Bett gewaschen werden und auch dort ihren Toilettengang verrichten müssen. Ich beobachte, dass die Patientinnen entweder in einer Art Angststarre verharren oder in ein völliges „Sich-Ergeben“ in eine Passivität verfallen, alles über sich ergehen lassen, sich in einer Abhängigkeit zum Klinikpersonal fühlen und jede unbedachte Äußerung sehr ernst und persönlich nehmen.

Durch die Kunsttherapie können sich die Frauen wieder mehr selbst spüren, sich ihrer Gefühle entlasten, sich selbst aktiv erleben (S. 244, Analyseergebnisse im Vergleich).

Abschließend lässt sich sagen, dass allen vorgestellten Ansätzen die humanistische, klientenzentrierte Haltung zugrunde liegt. Die drei Ansätze beziehen sich allerdings auf den schulischen Bereich, bei Richter mehr auf den heilpädagogischen Bereich. Richter und Wichelhaus sehen in ihren Konzepten vor, das Therapeutische innerhalb des Kunstunterrichtes anzusiedeln und zu integrieren. Uhrlau formuliert deutlich,

dass sie eine klare Abgrenzung von Kunstunterricht und dem bildnerischem Gestalten als Therapie vorsieht.

Es lassen sich vergleichbare Elemente finden, die sich auch auf das außerschulische Tätigkeitsfeld der Kunsttherapie mit Risikoschwangeren beziehen lassen, und zwar auf die übergeordneten Ziele wie Entlastung und Abfuhr von Emotionen, Ich-Aktivierung, Stärkung der Identität, Selbstwahrnehmung und Selbstdarstellung, im weiteren Schritt die Selbstreflexion und Selbstidentifikation und die Kommunikation im ästhetischen Bereich. Die Umsetzung und Planung im jeweiligen Tätigkeitsfeld wird sich aber im Einzelnen unterscheiden, weil sich die Zielgruppen unterscheiden. Die drei vorgestellten Konzepte beziehen sich alle auf Schüler, Uhrlau und Wichelhaus beziehen sich auf Regelschulen, Richter zunächst auf sonder- und heilpädagogische Einrichtungen. Uhrlaus Konzept des bildnerischen Gestaltens als Therapie in der Schule scheint in der (vorgesehenen) Art und Weise der Umsetzung der Kunsttherapie mit Risikoschwangeren am nächsten zu stehen, da sich Uhrlaus Konzept am weitesten von Kunstunterricht entfernt hat, neben der Gruppenarbeit auch Einzelarbeit mit einschließt und die Entscheidung über den Materialeinsatz den Schülern überlässt. Die Unterschiede, die sich aus den unterschiedlichen Zielgruppen ergeben, müssten in einer genaueren Betrachtung erörtert werden, was den Rahmen dieser Untersuchung übersteigen würde.

7.4 Entwicklung der Kunsttherapie

Im folgenden Abschnitt möchte ich kurz die Entwicklung der Kunsttherapie beschreiben und einige kunsttherapeutische Ansätze skizzieren.

Obwohl Ärzte bereits Mitte des 19. Jahrhunderts die positive Wirkung bildnerischen Gestaltens auf die psychische Gesundheit bemerkten, sind die Anfänge der Kunsttherapie erst um 1920 anzusiedeln.

Über Adolf Wölfl (1864-1930), einem chronisch schizophrenen Patienten, wurde von dem Schweizer Psychiater Walter Morgenthaler 1921 eine Monographie mit dem Titel „*Ein Geisteskranker als Künstler*“ geschrieben. Diese Beschreibung war zu jener Zeit mehr als revolutionär, denn krankhafte Prozesse wurden mit gestörten schöpferischen Prozessen gleichgesetzt. Wölfl war im Irren- und Zuchthaus und produzierte insgesamt über 1000 Bilder. Hierfür verwendete er Blei- und Farbstifte. Die Bilder zeigten wahnhaft erzählende Szenen, meist mit Bezug zu seiner eigenen

Lebensgeschichte. So interessant Wölflis Werk auch unter einem künstlerischen Aspekt zu sein scheint, blieb Wölfli doch in innerer Isolation. Morgenthaler hoffte, mit seiner Monographie Bausteine für ein Fundament zu liefern, auf dem sich eine „Psychologie der Kunst“ aufbauen lassen würde (Morgenthaler 1921).

1922 veröffentlichte der Psychiater Hans Prinzhorn das Buch *„Die Bildnerie der Geisteskranken“*. Er betrachtete das bildnerische Arbeiten als einen wichtigen Zugang zur Psyche der Patienten. Prinzhorn trug in dem Zeitraum von 1919 bis 1921 rund 5000 Werke psychisch kranker Menschen zusammen und präsentierte sie 1922, in Form einer Ausstellung, der Öffentlichkeit. Diese Bilder hatten großen Einfluss auf Künstler wie Paul Klee, Max Ernst, André Breton, Alfred Kubin und Jean Dubuffet. Dubuffet entwickelte vorwiegend in den 1950er Jahren das Konzept der „art brut“¹⁷, das sich mit der Malerei von geisteskranken Menschen auseinandersetzte.

In den 1920er und 1930er Jahren beschäftigten sich Psychoanalytiker nach Carl Gustav Jung in ambulanten Therapien mit Zeichnungen. Jung entwickelte die Technik der aktiven Imagination. Er forderte seine Patienten auf, nach einem abgebrochenen Traum oder einem inneren Bild weiter zu phantasieren und die aufkommenden Gefühle in eigene Bilder umzusetzen.

Zur gleichen Zeit entstanden in Amerika Malateliers in Kliniken, und die Kunsttherapie grenzte sich von der Beschäftigungstherapie ab.

„Hier liegen die Anfänge der heutigen Kunsttherapie: der Versuch, mit bildnerischen Mitteln Zugang zur individuellen Geschichte der Patienten zu finden, mit dem Ziel, Konflikte aufzudecken, sie sichtbar und so einer bewußten Bearbeitung zugänglich zu machen“
(Thomas. In: Kraus 1998, S. 17).

Margarete Naumburg war in den 1940er Jahren die erste Kunsttherapeutin, die von Sigmund Freuds Psychoanalyse beeinflusst wurde. Sie forderte ihre Patienten auf, nach Freuds Technik der Traumdeutung, erst spontan zu malen und anschließend dazu frei zu assoziieren. Somit stand nicht mehr das Werk im Vordergrund, sondern der Mensch im Dialog mit seinem Werk.

¹⁷ art brut: von Jean Dubuffet eingeführter Begriff als Bezeichnung für seine durch die Arbeiten geisteskranker Menschen angeregte Malerei

„Das Malen ermöglicht einen direkten Ausdruck eines Traumes, einer Phantasie oder anderer innerer Vorgänge, die leichter in Bildern erscheinen können, als sie in Worten ausdrückbar wären. Durch das Malen kann der Malende seiner Abwehr besser entgehen, und dadurch kann der therapeutische Prozeß beschleunigt werden. Der graphische Ausdruck einer Projektion ist dauerhaft, kann nicht verändert oder verneint werden“

(Naumburg 1966. In: Dreifuss-Kattan 1986, S. 48).

Edith Kramer¹⁸, ebenfalls von Sigmund Freud beeinflusst, folgte dem Vorbild Naumburgs. Sie betonte mehr die heilenden und integrativen Aspekte des unreflektierten kreativen Prozesses und arbeitete vorwiegend mit Kindern. Dadurch sollten z.B. Konflikte wiederbelebt, aufgelöst und später in die Persönlichkeit neu integriert werden (vgl. Dreifuss-Kattan 1986). Für Edith Kramer stand die „Stützung des Ichs, die Förderung des Gefühls der persönlichen Identität und des Reifungsprozesses“ im Vordergrund (Kramer 2004, S.XIII).

In den 1950er Jahren trat die Kunsttherapie in Deutschland etwas in den Hintergrund und steht bis heute der Entwicklung in Amerika nach. Seit 1960 ist der Beruf der Kunsttherapeutin in den USA anerkannt. Es werden verschiedene Argumente für diesen Unterschied in der Literatur angeführt. Zum einen gewinnt in dieser Zeit in Deutschland die medikamentöse Therapie bei psychisch Kranken durch neue Psychopharmaka an Bedeutung, und dies hatte zur Folge, dass ergänzende Therapieformen zurückgedrängt wurden. Zum anderen sind zur Zeit des Zweiten Weltkrieges viele jüdische Psychoanalytiker und Therapeuten emigriert, so dass der therapeutischen Entwicklung in Deutschland viel Wissen und Erfahrung abhanden kam. Erst seit zehn bis fünfzehn Jahren erlebt die Kunsttherapie einen neuen Aufschwung. Der Grund hierfür könnte darin bestehen, dass mehr amerikanische Literatur über Kunsttherapie auch von deutschen Forschern rezipiert wird. Martin Schuster hat beispielsweise in seinem Buch mit dem Titel: *„Kunsttherapie. Die heilende Kraft des Gestaltens“* (1993), den Forschungsstand Amerikas miteinbezogen.

Neben Sigmund Freuds Psychoanalyse, Carl Gustav Jungs analytischer Psychologie, Fritz Perls Gestalttherapie, Carl Rogers klientenzentrierter Psychotherapie oder der an der Anthroposophie ausgerichteten Kunsttherapie entstanden auch Ansätze, die sich auf verhaltenstherapeutische, kognitive oder

¹⁸ Kramer, Edith: geb. 1916 in Wien, konnte in der Emigration in New York sowohl mit ihrer Erfahrung als bildenden Künstlerin als auch mit ihrem Wissen um die Psychoanalyse wesentlich zur Entwicklung einer psychoanalytisch orientierten Kunsttherapie beitragen (aus: Zwiauer, C. 1998).

entwicklungspsychologische Konzepte beziehen. In neuerer Zeit gewinnt die systemtheoretische Erkenntnistheorie zunehmend an Bedeutung für die theoretische Fundierung der Kunsttherapie. Der Begriff Kunsttherapie oder Gestaltungstherapie darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass hinter dem therapeutischen Handeln mit bildnerischen Gestaltungen keine einheitliche Theorie steht (vgl. Schuster 1993, S. 24).

Um von Kunsttherapie zu sprechen ist es sinnvoll, den verwendeten Therapiebegriff und deshalb auch den Krankheitsbegriff näher zu erläutern. Im Alltagsverständnis dient die Therapie der Beseitigung oder Linderung definierbarer Störungen bzw. Krankheiten. Will man von Krankheit oder Störung sprechen, muss bereits eine Vorstellung von einem gesunden Normalzustand vorhanden sein (vgl. Wimmer 1981, S. 167).

Heute geht man allerdings mehr von einem gleitenden Übergang von Gesundheit und Krankheit aus, bei dem die Grenzen nicht eindeutig festzusetzen sind.

Der Arzt Georg Groddeck (1866-1934), Pionier der psychosomatischen Medizin, schrieb in seinen Schriften zur Psychosomatik mit dem Titel: *„Die Krankheit als Symbol“*.

„Ein Gegensatz zwischen Krank- und Gesundsein besteht nicht, ebenso wenig wie zwischen Wärme und Kälte. Es sind nur Gradunterschiede des menschlichen Lebens“
(Groddeck 1925. In: Krauss 1998, S. 28).

Mit diesem Bewusstsein ist Krankheit eher ein Prozess, auf den man einwirken kann, aber nicht etwas, das man besitzt oder verliert. Therapie sollte eine Art Lernprozess zwischen Klientin und Therapeutin auf vertrauensvoller Ebene sein. Die Therapeutin kann durch ihre Fähigkeit der Klientin Hilfestellung im Umgang mit der Symptomatik geben, wobei die Klientin selbst offen sein und aktiv mitarbeiten muss.

In einem Zitat von Benedetti wird Krankheit als Diskrepanz zwischen innerem Erleben und Ausdrucksmöglichkeit definiert (vgl. Wellendorf. In: Hartwig/ Menzen, 1984, S. 58). Das heißt, Gesundheit bestünde, wenn das innere Erleben adäquat ausgedrückt werden könnte. Gerade die Kunsttherapie bietet viele Möglichkeiten, das innere Erleben auszudrücken.

8 Ansätze und Ausrichtungen innerhalb der Kunsttherapie

Die Kunsttherapie ist eine Behandlungsform aus dem Bereich der bildnerisch orientierten Therapien, die auf Impulse aus den USA, Großbritannien und Europa in der Mitte des 20. Jahrhunderts zurückgeht. Die Entwicklung der Kunsttherapie in Deutschland unterscheidet sich von jener in Großbritannien und den USA, wo beispielsweise die Anerkennung des Berufs „Kunsttherapeut/ Kunsttherapeutin“ weiter fortgeschritten und stärker etabliert ist. In den USA ist der Berufstand gut organisiert, und die Ausbildung erfolgt an Universitäten auf der Ebene des Magisters (MA). (Waller, Diane, in: Dannecker 2003, S. 54 ff.). Bezogen auf Deutschland könnte Kunsttherapie definiert werden als die Zusammenarbeit zwischen einem Klienten (Patienten) und einem Therapeuten, die innerhalb eines festgelegten zeitlichen und räumlichen Rahmens mit bildnerischen Materialien erfolgt. Die kunsttherapeutische Praxis und Theoriebildung ist mit unterschiedlichen benachbarten Disziplinen wie Psychologie, Pädagogik, Kunstwissenschaft aber auch der Anthroposophie verbunden. Hieraus haben sich verschiedene Formen und Ansätze der Kunsttherapie entwickelt. Der therapeutische Hintergrund unterscheidet sich je nach Schule. Kunsttherapie kann an Universitäten als Aufbaustudiengang oder an privaten Schulen berufsbegleitend studiert werden. Hierbei gibt es verschiedene Ansätze innerhalb der Kunsttherapie, die sich teilweise sehr unterscheiden, aber auch viele Gemeinsamkeiten aufweisen. Die kunsttherapeutischen Ansätze gehen zurück auf mehrere Entwicklungslinien, auf verschiedene Anwendungsfelder und unterschiedliche Bezugswissenschaften, wie Psychoanalyse, Humanistische Psychologie, Kunstpädagogik, Heilpädagogik oder Anthroposophie sowie Kunst- und Bildwissenschaften. Damit hat die Kunsttherapie interdisziplinäre Ausgangspunkte und Bezüge. Dies wird auch deutlich in der Verwendung unterschiedlicher Bezeichnungen für dieses Berufsbild: so wird beispielsweise innerhalb des tiefenpsychologischen Ansatzes in der Kunsttherapie der Begriff *Gestaltungstherapie* oder auch *Maltherapie* verwendet. Der Begriff Maltherapie wird sowohl für tiefenpsychologische als auch für anthroposophische Ansätze der Kunsttherapie verwandt, die sich ausschließlich auf die Malerei beziehen. Bei der Gestaltungstherapie handelt es sich um einen tiefenpsychologischen Ansatz der kunsttherapeutischen Praxis, in der zwar mit

künstlerischen Medien gearbeitet wird, Gestaltungen aus der Therapie aber bewusst nicht als Kunst bezeichnet werden. Die Gestaltungstherapie sei aber nicht zu verwechseln mit der Gestalttherapie nach Fritz Pearls (Pearls/ Ross 2007; Pearl 2006), die ein eigenes Psychotherapieverfahren ist, das den Zusammenhang von Körper, Geist und Seele als ganze Gestalt auffasst.

Es gibt keine einheitliche begriffliche Einteilung von Ansätzen innerhalb der Kunsttherapie in der Literatur. Zwar sind die großen Strömungen wie der tiefenpsychologische Ansatz oder künstlerisch-kunstpädagogische Ansatz beschrieben, aber immer mit anderen Termini. Karl-Heinz Menzen unterscheidet in seinem Buch „Grundlagen der Kunsttherapie“ (2001) einen kunstpsychologischen Ansatz, einen kunstpädagogisch/-didaktischen, einen ergotherapeutischen (Psychiatrie), einen heilpädagogisch-rehabilitativen, einen kreativ-gestaltungstherapeutischen und einen tiefenpsychologischen Ansatz. Die Autoren Peter Baukus und Jürgen Thies unterteilen die Kunsttherapie in ihrem Buch „Aktuelle Tendenzen in der Kunsttherapie“ (1997) in sieben Ansätze: den medizinisch-psychiatrischen Ansatz, den künstlerisch-kunstpädagogischen Ansatz, den heilpädagogischen Ansatz, den psychotherapeutischen Ansatz, den anthroposophischen Ansatz, den rezeptiven und dem integrativen Ansatz.

Bei wikipedia (de.wikipedia.org/wiki/Kunsttherapie, Fassung vom 26.1.09) wird unter dem Begriff Kunsttherapie die Einteilung der Ansätze folgendermaßen vorgenommen: tiefenpsychologische und psychotherapeutische Ansätze; pädagogische, heilpädagogische oder kunstpädagogische Ansätze, anthroposophische Ansätze, kunstorientierte und kunstbasierte Ansätze. Es wird deutlich, dass die Vielfalt der Ansätze groß und ihre Abgrenzung voneinander nicht klar und eindeutig ist.

So vielfältig der Begründungszusammenhang der verschiedenen kunsttherapeutischen Ansätze und ihre Anwendungsbereiche, die verschiedenen Bezugswissenschaften und auch teilweise unterschiedlichen Methoden, so heterogen ist die Begriffsbildung in der therapeutischen Theoriebildung. Der Versuch der Darstellung und Klassifizierung der verschiedenen Ansätze, die in der Literatur sehr uneinheitlich dargestellt sind, kann nur als Orientierungshilfe dienen. Hierüber ließe sich eine eigene umfangreiche Untersuchung erstellen. Insgesamt lässt sich sagen, dass die verschiedenen Schulen mittlerweile nicht völlig voneinander abgegrenzt sind, sondern dass übergreifend gearbeitet wird, d.h. dass beispielsweise

psychoanalytisch orientierte Schulen verhaltenstherapeutische Ansätze nicht komplett ablehnen, sondern beispielsweise bei Angst oder Paniksymptomatik als sinnvoll erachten. Umgekehrt können auch bei einer auf das Verhalten ausgerichteten Therapie Kindheitserinnerungen mit einbezogen werden. Der therapeutische Hintergrund, die Ausbildung des Kunsttherapeuten und der Kunsttherapeutin ist für eben diese von Bedeutung, um über ein Handwerkszeug zu verfügen und damit den therapeutischen Prozess zu initiieren. Ein umfassendes Wissen auch über den eigenen Ansatz hinaus und eine eigene Selbsterfahrung sind für die kunsttherapeutische Arbeit unumgänglich.

In dieser Arbeit stelle ich im Folgenden drei Ansätze der Kunsttherapie vor, die für die beschriebene kunsttherapeutische Arbeit mit Risikoschwangeren bedeutsam sind:

- Klientenzentrierte Kunsttherapie nach Carl R. Rogers/ Nathalie Rogers
- Analytische/ tiefenpsychologisch fundierte Kunsttherapie
- Künstlerisch-kunstpädagogischer Ansatz

Diese drei Ansätze sind deshalb relevant für die beschriebene therapeutische Arbeit mit Risikoschwangeren, da meine berufliche Grundausbildung das Kunstpädagogikstudium (künstlerisch-kunstpädagogischer Ansatz) und meine kunsttherapeutische Weiterbildung klientenzentriert ausgerichtet war (klientenzentrierte Kunsttherapie). Mein Verständnis von Psychotherapie einerseits, aber auch die Interpretationen in dieser wissenschaftlichen Untersuchung, sind geprägt von der Lehre Sigmund Freuds über das Unbewusste, von Übertragung und Gegenübertragung etc. (analytischer bzw. tiefenpsychologischer Ansatz), so dass mir eine knappe Darstellung dieser drei Bezugsansätze wichtig erscheint.

Die klientenzentrierte und analytische Kunsttherapie sind unter dem Begriff ‚psychotherapeutische Ansätze‘ einzuordnen.

8.1 Die klientenzentrierte Kunsttherapie

Die klientenzentrierte Kunsttherapie basiert auf den humanistischen, psychologischen und philosophischen Überlegungen des Psychologen und Psychotherapeuten Carl R. Rogers (Rogers, C. 2000a/b, Rogers, C./ Rosenberg, R. 1980; Rogers, C.1990; Rogers, C. 1991) und wurde von verschiedenen Personen (z.B. Virginia Axline, Thomas Gordon, Eugene T. Gendlin, Natalie Rogers) weiterentwickelt. Ausgangspunkt ist eine personen- (klienten-) zentrierte

Betrachtungsweise. Es geht in der klientenzentrierten Kunsttherapie nicht um Kunstproduktion, sondern um authentischen Ausdruck ohne Leistungsanforderungen und Wertung. Wenn Gefühle von Wertung im Klienten entstehen, ist das Thema für die Bearbeitung innerhalb des therapeutischen Settings. Die künstlerischen Mittel werden eingesetzt, um einen Ausdruck für das momentane Befinden zu erhalten. Der therapeutische Grundsatz, nicht gegen Widerstände zu arbeiten, sondern mit dem, was für den Menschen im Moment ver- oder bearbeitbar ist, steht im Sinne des klientenzentrierten Ansatzes, d.h. Tempo, Rhythmus, Themen und die Art der Umsetzung werden primär vom Klienten bestimmt. Die Aufgabe der Therapeuten ist es, den Prozess zu begleiten und zu halten. Der Ansatz der klientenzentrierten Kunsttherapie geht von einem schöpferischen Potential in jedem Menschen aus, das es zu entfalten gilt, um dadurch den Blick auf die vorhandenen Ressourcen zu stärken und nicht nur auf Defizite und Symptome zu richten. Carl R. Rogers Tochter, die Künstlerin Nathalie Rogers, entwickelte ein kunsttherapeutisches Konzept, das sie in ihren Buch „The Creative Connection. Expressing Arts as Healing“ (Rogers, Natalie 1993) darstellt. Natalie Rogers verbindet die klientenzentrierte Haltung nach Carl R. Rogers und die humanistischen Prinzipien mit dem gestalterischen Ausdruck. Hierbei erweitert sie die Möglichkeit des gestalterischen Ausdrucks neben Malen, Zeichnen und dreidimensionalem Gestalten auch auf Stimme, Sprache, Schrift und Bewegung. Diese Verbindung von verschiedenen Ausdrucksformen bedeutet die „Creative Connection“: „The Creative Connection describes the process of allowing one art form to influence another directly“ (Rogers 1993, S. 43). So können ein gemaltes Bild oder Ausschnitte, Aspekte desselben beispielsweise in eine Körperhaltung oder eine Bewegung, in Stimme oder freies Schreiben übertragen werden. Dies ermöglicht das momentane Erleben auf mehreren Ausdrucksebenen zu erkunden. Der Selbsterforschungsprozess gewinnt damit eine schrittweise Differenziertheit, die mehr Möglichkeiten der Erkenntnis eröffnet (siehe auch Nölke / Willis 2002, S. 19 ff.). Sprache allein reicht oft nicht aus, das auszudrücken, was uns zutiefst bewegt. Im schöpferischen Gestalten, dem kreativen Erleben kann Bewusstes, Unbewusstes, Geahntes oder auch Verborgenes seinen Ausdruck finden und lebendig werden.

Über den sinnlich, explorativen Zugang der Kunsttherapie entsteht die Chance, eigene Fähigkeiten, Stärken und Schwächen in einer gestalterisch, kreativen Auseinandersetzung wahrzunehmen und sie in eine gesunde

Persönlichkeitsentwicklung einfließen zu lassen.

8.1.1 Zum klientenzentrierten Ansatz nach Carl R. Rogers

Die kunsttherapeutische Arbeit dieser vorliegenden Untersuchung basiert auf dem klientenzentrierten Ansatz nach Carl R. Rogers (siehe Rogers 2000 a,b; Rogers 1990; Rogers 1991; Rogers/ Rosenberg 1980). Der klientenzentrierte Ansatz nach Rogers bedeutet auch für die kunsttherapeutische Praxis, wie der Begriff „klientenzentriert“ bereits aussagt, dass kein kunsttherapeutisches Schema angewendet werden soll, sondern dass sich die Arbeit von Klient zu Klient unterscheiden kann, d.h. nach der vorhandenen Situation zu variieren ist. Carl Rogers formulierte seine Kernfrage in Bezug auf seine therapeutische Arbeit und Forschung: „Welches sind die für Wachstum und Entfaltung günstigsten Bedingungen?“ (Rogers, C./ Rosenberg 1980, S. 52). Er forschte über die Bedingungen, die bei einer Psychotherapie im Individuum eine Veränderung bewirken (Rogers, C. 1980, S. 142) und stellte die These auf, dass die Wirksamkeit in der Therapie von den Einstellungen oder der Grundhaltung (s.u.) des Therapeuten abhängen, mit denen dieser in Beziehung tritt zu dem Klienten. Anhand von Audioaufnahmen von Therapiesitzungen untersuchte Rogers mit Hilfe seiner Studenten die Gespräche, an welchen Stellen „das Gespräch eindeutig danebenging, oder den Augenblick, an dem der Klient einen großen Schritt nach vorne tat“ (ebd., S. 76). Rogers stellte fest, dass es hilfreich war, Gefühle zu reflektieren, die dem Klienten oftmals nicht direkt bewusst waren, diese quasi auf den Punkt zu bringen. Diese Beobachtung und Rogers Ausführungen darüber führten zu Äußerungen, die Rogers missverständlich bis hin zur Karikatur darstellten. Der Ansatz wurde laut Carl R. Rogers von Kritikern als „Technik“ beschrieben bis hin zu Formulierungen wie diesen: „Bei der nicht-direktiven (später person-zentriert und dann klientenzentrierten, d. Verf.) Therapie wiederholt man das letzte Wort des Klienten“ (Rogers/ Rosenberg 1980 S. 76). Rogers selbst beschrieb die Form des therapeutischen Handelns als „empathisches Zuhören“ (ebd., S. 75 ff.) und erforschte und formulierte weitere Bedingungen, die er als Grundhaltungen des Therapeuten benannte, nämlich ein Bemühen um Authentizität/ Kongruenz, Akzeptanz/ Wertschätzung, und Empathie, die von entscheidender Bedeutung für einen positiven Therapieverlauf seien. Es sei hinzugefügt, dass die Grundhaltungen als Ideale zu verstehen sind, die nicht stets und statisch erfüllt oder abgearbeitet

werden können; sie sind im Sinne eines Bemühens um diese Haltung zu verstehen. Rogers betonte, dass die Beziehung zwischen Therapeut und Klient das wichtigste im therapeutischen Prozess sei. Und dass eine akzeptierende und empathische Grundhaltung in der Beziehung die Grundlage für das persönliche Wachstum des anderen sei und dieses erleichtern soll (Rogers, C. 2000 (a) S. 211 ff.).

8.1.2 Echtheit (Kongruenz)

Rogers benennt die Kongruenz als die „grundlegendste“ Bedingung, die den positiven Therapieverlauf fördert. Echtheit, Authentizität oder Kongruenz bedeutet, dass der Therapeut „innerhalb der Beziehung genau das ist, was er ist – und nicht eine Fassade oder eine Rolle oder eine Vorstellung“ (Rogers 2000 (b) S. 276). Rogers wählte das Wort „Kongruenz“, um diese akkurate Übereinstimmung zwischen Erfahrung und Bewusstheit zu treffen. Wenn der Therapeut sich vollständig und genau dessen bewusst ist, was er in diesem Augenblick in der Beziehung erlebt, dann ist er kongruent, dann vermitteln Gefühle, Gedanken, Gesten, Sprache und Körperbewegung die gleiche Botschaft (Rogers, C. 1980 S. 204). Wenn der Therapeut er selbst, d.h. authentisch ist, dann begegnet er dem Klienten von Person zu Person. Kongruent sein macht vertrauenswürdig, weil sich der andere darauf verlassen kann, dass wir sind und fühlen, was wir sagen und tun. Wir sind eindeutig. Rogers formuliert in dem oben genannten Buch als Voraussetzung für Kongruenz, sich selbst und die eigenen Gefühle gut zu kennen: „Wenn ich eine hilfreiche Beziehung zu mir selbst herstellen kann, wenn ich mir meiner eigenen Gefühle eindringlich bewusst und bereit sie zu akzeptieren bin, dann ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass ich eine hilfreiche Beziehung zu einem anderen eingehen kann“ (Rogers, C. 2000 (b) S. 65). Um dies zu gewährleisten ist eine umfangreiche Selbsterfahrung unerlässlich ebenso wie die Bereitschaft sich immer wieder neu zu entdecken und zu entwickeln.

8.1.3 Positive Wertschätzung – Akzeptanz

Eine weitere wichtige Grundhaltung des Therapeuten ist die positive Wertschätzung und Akzeptanz. Gemeint ist damit die Anteilnahme am Erleben des Klienten, die nicht Besitz ergreifend ist, sondern eine Wertschätzung, die an keine Bedingungen geknüpft ist. Hierbei ist es gleichgültig, ob der Klient von negativen, schmerzlichen, ängstlichen Gefühlen spricht oder von positiven, reifen, zuversichtlichen Gefühlen. Die Haltung des Therapeuten sollte durch ein gleichmäßig starkes Gefühl der Akzeptanz geprägt sein (Rogers 2000 (b)).

Rogers vertritt die Auffassung, dass wenn der Therapeut mit uneingeschränkter Wertschätzung dem Klienten gegenübertritt, es diesem zunehmend möglich sein wird, sowohl seine positiven als auch negativen Gefühle zu erkunden und anzunehmen.

Ebenso soll Selbstachtung entscheidend dadurch geprägt werden, inwieweit ein Mensch mit Achtung, Wertschätzung und emotionaler Wärme behandelt, bzw. so akzeptiert wird, wie er ist. Selbstachtung ist entscheidend sowohl für eine konstruktive Persönlichkeitsentwicklung als auch für das soziale, gefühlsmäßige und intellektuelle Verhalten. So scheint es, dass häufige geringschätzige Selbstäußerungen bei Jugendlichen und Erwachsenen mit verschiedensten psychischen Störungen (z.B. Neurotizismus, Depression, Gehemmtheit, Selbstaggression) zusammenhängen (Quitmann, Tausch&Tausch 1974).

8.1.4 Einführendes Verstehen – Empathie

Eine weitere wichtige Grundhaltung für die Herstellung einer hilfreichen Beziehung innerhalb des therapeutischen Settings ist laut Rogers die Empathie oder Einfühlung. „Empathie oder empathisch zu sein bedeutet, das innere Bezugssystem eines anderen genau und mit den entsprechenden emotionalen Komponenten und Bedeutungen so wahrzunehmen, als ob man die Person selbst wäre, ohne jedoch die ‘als ob’ - Situation aufzugeben“ (Rogers 1959, S. 210f. zit. nach Rogers 1980, S. 77). Gelingt dies dem Therapeuten, kann er „sein Verständnis für die Dinge mitteilen, die der Klient genau kennt, wie auch die Bedeutungen von Klientenerfahrungen nennen, die diesem kaum bewußt sind“ (Rogers 2000 (b) S. 278). Damit sind Empfindungen gemeint, die der Klient vielleicht spürt, eventuell sogar andeutet, z.T. auch lediglich in Mimik, Gestik oder Lauten wie Seufzen etc. äußert, ohne sie zu diesem Zeitpunkt in Worte fassen zu können.

Diese Haltung unterstützt Prozesse des persönlichen Wachstums, die Entwicklung eigener Potenziale und die Entfaltung der persönlichen Kreativität. Rogers spricht von Aktualisierungstendenz, die jeder Mensch besitze: „sich auszudehnen, sich zu erweitern, zu entwickeln, zu reifen – die Tendenz, alle Fähigkeiten des Organismus auszudrücken, und zwar in dem Maße, daß eine solche Aktivierung den Organismus oder das Selbst fördert. Diese Tendenz kann tief unter Schichten verkrusteter psychologischer Abwehrstrukturen begraben sein, sie mag versteckt sein hinter ausgeklügelten Fassaden, die ihre Existenz verleugnen, indes ist es meine Überzeugung – und diese gründet auf meiner Erfahrung – daß sie in jedem

Individuum vorhanden ist und auf die rechten Bedingungen wartet, um frei und ausgedrückt zu werden. Diese Tendenz ist die primäre Motivation für Kreativität, durch die der Organismus in seinem Streben, in umfassender Weise er selbst zu sein, neue Beziehungen mit der Umwelt aufnimmt“ (Rogers 1990, S. 241, zit. nach Nölke/ Willis 2002, S. 17). Diese Einstellung oder Haltung zeigt das von der Humanistischen Psychologie geprägte positive Menschenbild Carl Rogers, das davon ausgeht, dass Menschen sich unter ausreichend guten Bedingungen zum Positiven hin entwickeln. Rogers Auffassung aufgrund seiner Erfahrungen und Forschungen ist, dass je einfühlsamer und verstehender, also empathischer der Therapeut ist, desto eher sind konstruktive Veränderungen von Seiten des Klienten möglich (Rogers 1980, S. 85).

8.1.5 Das Zutrauen und Zumuten von Autonomie

Der Therapeut sollte bei sich die Bereitschaft entwickeln, den Klienten „einen Menschen für sich sein zu lassen“. Das bedeutet letztlich, sich als Therapeut nicht über den Klienten zu stellen, meinen zu wissen, was „das Richtige“ sei, sondern dem Klienten behilflich zu sein, selbst herauszufinden, was richtig und wichtig ist und ihn innerhalb dieses Prozesses zu begleiten. Das setzt voraus, dass sich der Therapeut selbst entdeckt hat, also sich angemessen und ausreichend einer Selbsterfahrung unterzogen hat und bereit ist, sich immer wieder neu zu entdecken, „daß er seinen eigenen Gefühlen und Reaktionen trauen kann; daß seine eigenen tieferen Impulse weder destruktiv noch katastrophal sind; daß er selbst nicht beschützt werden muß, sondern dem Leben auf einer realen Basis begegnen kann“ (Rogers 2000 (b), S. 318). Dadurch, dass er sich selbst akzeptiert und sich seiner Einzigartigkeit bewusst ist, kann er die „einzigartigen Gefühle und Worte, die in diesem anderen Menschen existieren“ ebenfalls akzeptieren und da sein lassen (a.a.O.).

Diese Grundhaltungen sollen eine vertrauensvolle Atmosphäre ermöglichen, die für die Selbstentwicklung förderlich ist. Wird diese Haltung von Seiten des Therapeuten oder der Therapeutin eingenommen, fühlt sich der Klient meist unterstützt sich selbst zu öffnen und sich den eigenen Schwierigkeiten zuzuwenden.

Wenn der Therapeut die Einstellung oder Grundhaltungen verkörpert und der Klient diese Einstellung erleben kann, dann werden sich laut Rogers (Rogers 2000 (b) S. 48) Veränderungen und konstruktive Persönlichkeitsentwicklung ereignen. Das kann bedeuten, dass sich der Klient selbst mehr akzeptiert, mehr Wertschätzung sich selbst gegenüber empfindet und sich authentischer und autonomer in Beziehungen

erleben kann. Rogers stützt die These, dass eine hilfreiche Beziehung in der oben erwähnten Art die Persönlichkeitsentwicklung positiv beeinflusst, beziehungsweise die Basis darstellt, auf die Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen hinweisen (Ends and Page 1957; Halkides 1985, zit. In Rogers 2000 (b)).

8.2 Psychoanalytisch/ tiefenpsychologisch fundierte Kunsttherapie

Nonverbale Ausdrucksformen wie das Malen werden z.T. in gesprächsorientierte Verfahren einbezogen. Man geht von der Annahme aus, dass der Mensch in Bildern denkt und träumt, und somit auch Schwierigkeiten, Probleme oder Krisensituationen im bildnerischen Ausdruck zu finden sind. Mit diesem Bildmaterial kann in der Therapie gearbeitet werden, wobei hier das therapeutische Gespräch die entscheidende Rolle spielt. Innerhalb der psychoanalytischen Kunsttherapie bezieht sich der Therapeut auf die Lehre Sigmund Freuds, dem Begründer der Psychoanalyse. Die Annahme vom Unbewussten und dessen Wirkweisen sind die Basis, und Deutungen sind von ihnen geprägt.

Bereits Sigmund Freud, der Begründer der Psychoanalyse, hat sich mit Kunst und ihrer Wirkung auf den Menschen auseinandergesetzt. Er beschrieb künstlerisches Schaffen als eine Form der Sublimierung¹⁹ von Triebimpulsen (vgl. Freud: Kunsttheorie, 1910, 1917 etc.). Sein Schüler Carl Gustav Jung bezog in seine Analysen Imaginations- und bildnerische Ausdrucksarbeit mit ein. Es entstand eine Art „Schule der psychoanalytischen Kunsttherapie“. Dabei stehen das psychodynamische Verständnis und das Umgehen mit Bildern und Bildelementen im Vordergrund, wobei die Grundlagen der psychoanalytischen Verfahrensweisen sowohl dem psychodiagnostischen als auch dem therapeutischen Ansatz zugrunde liegen. Bei der psychoanalytischen Kunsttherapie steht der Erkenntnisprozess im Vordergrund, der sich auf die aus der Psychoanalyse bekannten psychischen Abläufe bezieht.

Karl-Heinz Menzen (2001) sieht mehrere Positionen in Hinblick auf die Ziele des Gestaltens innerhalb des tiefenpsychologischen Ansatzes gegeben. Es soll zur Regression anregen und ermöglichen, auf eine frühere, unzensurierte, emotionalere Stufe der psychogenetischen Entwicklung zurückzugehen (Kris 1977). Die Differenzierung von Denk- und Bewusstseinsstrukturen soll außer Kraft gesetzt werden (Müller-Braunschweig 1974; Ehrenzweig 1974). Die ästhetische Produktion

¹⁹ Sublimierung: Umwandlung von sexueller Triebenergie in sozial hoch bewertete oder zumindest tragbare Formen der Aktivität.

soll verdrängte Affekte freisetzen, eine Bewältigung von Konfliktspannungen durch Reduktion und Abfuhr von Triebenergie (Katharsis) in die Wege leiten und solchermaßen eine Entlastung herbeiführen (Müller-Braunschweig 1977). Angstbesetzte Vorstellungen sollen in eine äußere bildnerische Realität überführt werden (Fenichel 2005). Das ästhetische Gestalten ermöglicht den Austausch des Triebobjekts bei Beibehaltung der Triebziele (Sublimation) und hilft dadurch, nicht-sozialisierte Impulse zu bewältigen (Schmeer 1995). Es soll im Sinne narzisstischer Regulation zum affektiven Gleichgewicht, zur Erweiterung der Ich-Grenzen beitragen (Henseler 1974; Benedetti 1979). Es kann auch ein Probehandeln darstellen, um das, was sonst nicht möglich, nicht erlaubt ist, zu tun (Müller-Braunschweig 1974; Schuster 1997). Der tiefenpsychologische Ansatz der Kunsttherapie wird in privater und klinischer Praxis verwandt. Mittlerweile verbindet sich aber dieser Ansatz auch mit anderen Ansätzen beispielsweise verhaltens-, familien- und systemtherapeutischen Ansätzen (Schmeer 1995; Menzen 1999). Kaum ein therapeutischer Ansatz kommt mittlerweile ohne das Wissen über beispielsweise das Unbewusste, Katharsis oder Sublimierung aus.

Aus der Sicht der Psychoanalyse sind bildnerische Gestaltungen mit Traumbildern vergleichbar. Das bedeutet, dass sowohl in Träumen als auch in Gestaltungen Symbole enthalten sind. Symbole²⁰ sind nach C.G. Jung die „*Sprache des Unbewußten*“ (Jung 1979, S. 78). Das gestaltete Bild offenbart Bruchstücke des Unbewussten, mit denen in der Therapie gearbeitet werden kann. Die Deutung von Bildern ist tiefenpsychologisch fundiert, das bedeutet, dass sie sich auf unbewusste Erlebnisbereiche des Menschen, teilweise auch aus seiner Kindheit, bezieht. In der psychoanalytischen Kunsttherapie deutet vorwiegend der Therapeut/ die Therapeutin. Meist verhält sich der Therapeut etwas „abstinenter“, d.h. zurückhaltender, gibt weniger Vorgaben. Die Deutungen beziehen sich auf die Übertragungsdynamik, Widerstand und Abwehrmechanismen. Um all dies zu erkennen muss der Therapeut über ein umfassendes kunstpsychologisches Verständnis verfügen. Eine eigene Lehr-Selbsterfahrung ist unerlässlich. Deutungen müssen sehr sensibel angebracht werden, da der Klient, wenn er noch nicht reif für diese Erkenntnis ist, überfordert sein kann. In diesem Falle entsteht Abwehr von Seiten des Klienten und der Therapieprozess verzögert sich (vgl. Schmeer 1995). In Extremfällen können sogar Lebenskonzepte zusammenbrechen, wenn sich der

²⁰ Symbol: griech. „symbolon“ = Erkennungszeichen und „syballin“ = vereinen, verbinden

Klient mit einer Problematik auseinandersetzen muss, für die er noch nicht bereit ist. Dagegen kann eine Konfrontation im „richtigen“ Moment, d.h. wenn der Klient bereit ist für diese Erkenntnis, den Therapieprozess beschleunigen. Auch in der psychoanalytisch orientierten Kunsttherapie ist es demnach sinnvoll, sehr vorsichtig zu deuten, da durch die Gestaltung unbewusstes Material ungeschützt sichtbar wird. Das Bild ist da und lässt sich nicht leugnen.

Der „Psychotherapiemarkt“ ist vielfältig und ständig im Begriff sich zu verändern und zu erweitern. Das bildnerische Gestalten wird in unterschiedlichster Weise innerhalb der Psychotherapie eingesetzt mit unterschiedlichen Anteilen von Gespräch und Gestaltung.

Es ist auch möglich, mit bildhaften Vorstellungen in der Therapie zu arbeiten. Carl Gustav Jung nannte diese Technik „*aktive Imagination*“ (vgl. Schuster 1993). Leuner entwickelte diese Technik weiter zu einer „*Tagtraumtechnik*“, auch „*Katathymes Bilderleben*“²¹ genannt (Leuner 1985). Am Anfang steht die Entspannung im Vordergrund, dann soll der Klient bildhafte Phantasien entwickeln und gleichzeitig darüber berichten. Der Therapeut kann in dieses sich verbal entwickelnde Bildgeschehen eingreifen und helfen, Probleme in bildhafter Form zu bewältigen (vgl. Schuster 1993, S. 44).

8.3 Der künstlerisch-kunstpädagogische Ansatz

Der künstlerisch-kunstpädagogische Ansatz (mit diesem Begriff schließe ich mich quasi der Einteilung von Karl-Heinz Menzen (Menzen 2001) an, bezieht sich im Gegensatz zu den zuvor genannten Ansätzen (klientenzentrierter und tiefenpsychologischer Ansatz) zunächst primär auf den Gestaltungsprozess; das gesprochene Wort ist zwar auch bedeutsam, aber das künstlerische Handeln steht im Vordergrund. In dem Kapitel „Zwischen Kunsttherapie und Kunstpädagogik“ (S. 51, Zwischen Kunsttherapie und Kunstpädagogik) verorte ich mich und die kunsttherapeutische Arbeit mit Risikoschwangeren innerhalb der Kunstpädagogik. Der unmittelbare, individuelle Ausdruck innerer Bilder, das prozessorientierte Verständnis bildnerischen Schaffens und die damit verbundenen Kunstströmungen bilden den kunsthistorischen Kontext kunsttherapeutischer Praxis und Theoriebildung. Der Surrealismus, der von dem französischen Dichter und Kritiker André Breton 1924 begründet wurde, betont die Rolle des Unbewussten und hierin

den Traum als Quelle bildnerischen Schaffens. Jackson Pollock (1912-1956), amerikanischer Maler und führender Vertreter des Abstrakten Expressionismus, suchte einen Ausdruck des Unbewussten und entwickelte nach 1946 das „Action Painting“: „Wenn ich in meinem Bild bin, bin ich mir nicht bewusst was ich tue“ (Kammerlohr 1997). In der jüngeren Kunstgeschichte gibt es mit Joseph Beuys (1921-1986) („Kunst ist ja Therapie“ und „Jeder Mensch ist ein Künstler“, Beuys 1990) und dem von ihm proklamierten erweiterten Kunstbegriff, der die künstlerische Praxis auf die politische, gesellschaftliche und soziale Realität bezieht, einen direkten Bezugspunkt zur kunsttherapeutischen Praxis.

In den 1970er Jahren wurde in den USA eine Form der Kunsttherapie unter dem Begriff „Expressive Arts Therapy“ entwickelt (Knill, P. 2005). Die Expressive Arts Therapy bezieht in die therapeutische Praxis nicht nur die bildende Kunst, sondern auch Tanz, Schauspiel, Musik und Poesie mit ein. Hier zeigt sich die Nähe zu Nathalie Rogers „Creative Connection“ (S. 71, Die klientenzentrierte Kunsttherapie). Im Gegensatz zu Therapieansätzen, in denen der seelische Konflikt des Patienten in den Mittelpunkt gerückt wird, hat die Expressive Arts Therapy einen lösungsorientierteren Ansatz, die Abwendung vom eigentlichen Problem und Hinwendung zu neuen, ästhetischen Erfahrungen.

In Deutschland sind künstlerisch orientierte Ansätze der Kunsttherapie als „Kunst im Sozialen“ etabliert und basieren auf Rezeptionsästhetischer Theoriebildung in den Kunst- und Bildwissenschaften, wie beispielsweise in der theoretischen Grundlegung von Rudolf Arnheim: „Alles Wahrnehmen ist auch Denken, alles denken ist auch Intuition, alles Beobachten ist auch Erfinden“ (Arnheim 2000). Für künstlerisch orientierte Therapieansätze gilt das künstlerische Handeln selbst als Quelle von Wissen und Erkenntnis, die sich über die sinnliche Erfahrung erschließen (Arnheim 2000; Sinapius 2005). Künstlerisch orientierte Ansätze der Kunsttherapie, die die Beziehung zwischen Klient und Therapeut in den Mittelpunkt rücken, fassen daher therapeutisches Handeln als künstlerisches Handeln in der Beziehung zu einem anderen Menschen auf (siehe auch Sinapius 2005 S. 143 ff.).

Ein Praxisbeispiel des künstlerisch-kunstpädagogischen Ansatzes ist die Methode des „*messpainting*“ nach Gertraud Schottenloher (1992, S. 45). Das „*messpainting*“ (übersetzt: Durcheinandermalen) ist ein Beispiel, in dem der Malprozess und das

²¹ Katathymes Bilderleben: Psychotherapeutische Technik. Tagträume werden angeregt durch die Regie des Therapeuten und bestimmte Inhalte werden gelenkt. Die plastischen Erscheinungsbilder werden als Projektionen unbewußter Konflikte behandelt

persönliche Erleben im Vordergrund stehen und nicht die Deutung und Interpretation der Bilder. Es stammt ursprünglich von W. Luthe, der die „*Creativity Mobilisation Technique*“ (CMT) entwickelte. Die Grundidee beinhaltet, dass spontanes Malen und die eigene Kreativität angeregt werden sollen.

Die Methode des „*messpainting*“ ist nonverbal, zunächst nicht am Ergebnis orientiert, sondern soll freies, unreflektiertes Malen provozieren. Hierbei stehen Lockerung und Lösung von Blockaden im Vordergrund sowie der Abbau von zuviel Kontrolle, die dem freien Malen entgegenstehen könnte. Wichtig sind die Erfahrungen, die während des Malprozesses gemacht werden. Ziel dieser Methode ist es, auf der bildnerischen Ebene Probleme aufzulösen, ohne sie verbal zu fokussieren. Der Hintergrund hierfür ist die Annahme, dass durch die Verschiebung vom Inhalt zur Form die Abwehr umgangen werden kann und der Kontakt zu schwer zugänglichen Bereichen erleichtert wird.

Am Anfang steht die Aufforderung, eine Art „großes Durcheinander“ zu malen. Innerhalb einer kurzen vorgegebenen Zeit soll möglichst viel gemalt werden. Für jedes Bild stehen 2 Minuten zur Verfügung, innerhalb dieser Zeit sollen 70-90% der Malfläche in großen Bewegungen aus dem Schultergelenk ausgefüllt werden. Dies geschieht zum einen um den Anspruch zu umgehen, ein möglichst schönes Bild malen zu wollen, zum anderen, um Hemmungen und Blockaden abzubauen. Eine kritische Distanzierung vom eigenen Produkt wird hierdurch verhindert. Diese Methode sollte in größtmöglicher Entspanntheit mit möglichst preiswertem Material (z.B. Zeitungspapier und Dispersionsfarben) durchgeführt werden. Bei dieser Art des Malens können aufkommende Gefühle wie Ärger, Wut, Traurigkeit und Freude zugelassen und ausgedrückt werden.

9 Untersuchungskonzeption und empirische Forschungsmethoden

Für den Bereich der Kunsttherapie ist es wichtig eine adäquate Forschung zu finden, die die Wirkweisen und Prozesse feststellen und beurteilen kann. Die Kunsttherapie befindet sich in einem Gebiet zwischen Medizin, Psychologie, Kunst, Sozial- und Geisteswissenschaft, und muss eine passende Forschungsmethodik entwickeln und anwenden. Die Forschungsmethode muss dem Forschungsgegenstand angemessen sein.

In medizinischen Untersuchungen werden vornehmlich standardisierte Verfahren und quantitative Forschung verwendet, um beispielsweise die Wirksamkeit eines Medikamentes zu überprüfen. Quantitative Forschung verwendet eine umfangreiche Datenmenge (z.B. Fragebögen, Doppel-Blind-Studien etc.), um Repräsentativität zu erzielen. Um die Wirksamkeit der Kunsttherapie mit Risikoschwangeren zu überprüfen, bedarf es zumindest zusätzlich anderer Methoden, um die physischen aber vor allem psychischen Prozesse umfassend erfassen und analysieren zu können. Die Methodik dieser Untersuchung basiert hauptsächlich auf qualitativ empirischer²² Forschung, d.h. auf Erfahrung beruhender Forschung. Dabei wird auch quantitatives Material in Form von Test-Fragebögen ergänzend hinzugezogen. Noch zu Beginn und Mitte der 1980er Jahre wurde rein quantitativ geforscht (Schönemann 1981; Schiementz 1985). Seit den 1990er Jahren ist innerhalb der Kunstpädagogik zu beobachten, dass die Mischung beider Verfahren verwendet wird (Mollenhauer 1995), um eine umfassendere und adäquatere Untersuchung des Forschungsgegenstandes bzw. des Forschungsfeldes zu gewährleisten (vgl. Wübbena 1993; Mollenhauer 1995; Haenni 1996, in: Peez 2000, S. 150). Qualitative Forschung erkundet das komplexe Feld der Charakteristika menschlicher Erfahrung durch systematische Erhebung, Aufbereitung und Interpretation von relevantem Forschungsmaterial. Qualitative Forschung geht im Gegensatz zu quantitativer Forschung davon aus, dass die wenigsten Phänomene unserer Umwelt mit isolierten Merkmalen ursächlich erklärt werden können (vgl. Peez 2000 b, S. 23). Eine genaue Gegenüberstellung von qualitativen und quantitativen Forschungsmethoden ist in der

²² Empirisch: [griechisch-lateinisch], erfahrungsgemäß; aus der Erfahrung, Beobachtung (erwachsen); dem Experiment entnommen.

forschungsmethodischen Literatur nachzulesen (Jüttemann 1985a, S. 7 ff.; Aschenbach u.a. 1985, S.33 ff.; Hoff 1985, S.180 f.; Lamnek 1988, S. 3 ff., S. 21 ff.; Fuchs-Heinritz 1992, S. 252 ff.; Flick 1995, S. 11 ff.: Flick u.a. 1995, S. 3 ff.; in Peez 2000 S. 24), weshalb in der vorliegenden Studie darauf verzichtet wird. In einem Untersuchungsfeld wie diesem bietet es sich an, qualitative Verfahren, die sich „vornehmlich auf soziale, aber auch ästhetische Phänomene“ richten (Peez 2005, S. 9), anzuwenden, „denn nur so kann man als Forscher versuchen, der hohen Komplexität des Feldes und der ästhetischen Prozesse, die allzu häufig unbemerkt stattfinden, gerecht zu werden. Die Wirkung von Kunstunterricht und ästhetischer Erziehung (und auch der Kunsttherapie, d.Verf.) ist (...) nicht über Statistiken zu erforschen, sondern durch interpretative Verfahren der Einzelfallrekonstruktion“ (Peez 2005, S. 60). Der Psychologe und Medienforscher Philipp Mayring behauptet, dass durch qualitative Methoden, wie beispielsweise die Einzelfallanalyse, Regelmäßigkeiten entdeckt werden können und weniger Gesetzmäßigkeiten, die aber „tiefergreifende Einsichten in sonst schwer zugängliche Bereiche zutage (fördern)“ (Mayring 1996, S. 32).

Um nun die Wirkung der Kunsttherapie mit Risikoschwangeren untersuchen zu können, bedarf es einer Forschungsmethode, die hierfür angemessen ist. Die phänomenologische Analyse (s.u.) bietet sich an, weil sie an der Perspektive der einzelnen Menschen ansetzt, an ihren subjektiven Bedeutungsstrukturen und ihren Intentionen. Dieser Ansatz passt zum Forschungsfokus dieser Untersuchung, die hauptsächlich qualitativ-empirisch analysiert, es werden aber auch quantitative Methoden hinzugenommen wie beispielsweise Test- und Fragebögen (S. 94, Material V: Fragebögen zur Erfassung der Veränderung von Symptomen und der subjektiv erlebten Belastung). Diese haben aber keine gleichrangige Bedeutung in der Auswertung, sie werden lediglich als Korrektiv der Ergebnisse eingesetzt. Ich setzte demnach nicht nur auf die Kraft der Argumentation, sondern überprüfe ihre Richtigkeit anhand der Test- und Fragebögen.

9.1 Phänomenologisches Forschungsverfahren

Diese Untersuchung basiert auf den Grundgedanken der Phänomenologie, der Lehre von der konkreten Erscheinung (vgl. Mayring 1996). Die Phänomenologie ist eine ursprünglich von Edmund Husserl Ende des 19. Jahrhunderts begründete Untersuchungsmethode (Husserl 1990; Husserl 1992). Phänomenologische Analysen dienen der Erarbeitung von Erklärungen dafür, auf welche Art und Weise

die Welt dem Menschen erscheint, d.h. es wird an der Perspektive der einzelnen Menschen angesetzt, an ihren subjektiven Bedeutungsstrukturen und ihren Intentionen. Die Phänomenologie bildet die Grundlage der Untersuchung bereits von Beginn der Erhebung an bis zur Auswertung. Diese Untersuchung stützt sich auf zwei Einzelfallanalysen, die einerseits Ähnlichkeiten aufweisen durch die Problematik von Komplikationen innerhalb der Schwangerschaft und dem sich daraus ergebenden mehrwöchigen Klinikaufenthalt, sich andererseits aber unterscheiden in der Art der Komplikation und des persönlichen biographischen Hintergrunds. So lässt sich sagen, dass die beiden Fälle miteinander vergleichbar sind, aber zugleich auch eine gewisse Bandbreite durch die Unterschiedlichkeit ergeben. Je weniger Versuchspersonen analysiert werden, desto intensiver kann man auf die Besonderheiten des Falles eingehen und desto genauer kann die Analyse sein. Die Komplexität des ganzen Falles, die Zusammenhänge der Funktions- und Lebensbereiche und der lebensgeschichtliche Hintergrund sollen hier besonders betont werden. Fallanalysen stellen eine entscheidende Hilfe dar bei der Suche nach relevanten Einflussfaktoren und bei der Interpretation von Zusammenhängen (vgl. Mayring 1996, S. 28 ff.). Ziel der phänomenologischen Fallforschung ist es, mehrere Beispiele zu einem Sachverhalt zu sammeln und in den verschiedenen Beispielen allgemeine Strukturen zu rekonstruieren. Die Phänomenologie erforscht vor allem die Formen der Intersubjektivität, im Sinne der Frage: „Wie können Gegenstände verschiedenen Menschen trotz ihrer unterschiedlichen Erfahrungssituationen auf dieselbe Weise erscheinen?“ (Held 1992, S. 31, in Peez: 2000 b, S.161). Die Problemzentrierung, also die Fragestellung des Forschungsfokus, kennzeichnet eine von mir als Forscherin wahrgenommene „gesellschaftliche Problemstellung“ im Sinne Mayring (Mayring 1996 S. 22), dass das subjektive Erleben der Risikoschwangeren in der medizinischen Behandlung wenig Beachtung findet und wie die Kunsttherapie Wirkung auf eben dieses subjektive Erleben zeigt. Nach Hitzler und Eberle ist „das spezifisch ‘Andere’ an *phänomenologischer* Empirie, dass hierbei der Forscher ansetzt bei seinen eigenen, subjektiven Erfahrungen. (Denn diese bilden) die alleinige, weil allein evidente Datenbasis“ (Hitzler/ Eberle 2001, S. 111, Hervorhebung im Original).

Bei der Fallanalyse wird „jeweils ein Fall und das in Bezug hierzu erhobene Material als singulär fallspezifisch behandelt und interpretiert. (...) Erst in einem zweiten

Schritt werden dann Verallgemeinerungen aus der Fallinterpretation extrahiert, oder es wird ein Vergleich von verschiedenen Fällen dargestellt“ (Peez 2005 b, S. 11).

Beispiele dienen als Mittel der Reflexion. Indem man am Beispiel nachvollzieht, „wiederholt (man) reflektierend ein Tun und hat dadurch den Vollzug in seiner Unmittelbarkeit außer Kraft gesetzt“ (Buck 1969, S.135 ff.).

Entscheidend bei der Betrachtung und Darstellung von Beispielen ist, dass sich plausible Schlüsse ziehen lassen, die eine allgemeine Gültigkeit besitzen. Peez schreibt hierzu, dass ein Fall „intersubjektiv so interpretiert sein (muss), dass eine überzeugend dargestellte Exemplarik einzelner Aspekte argumentativ allgemein gültige Aussagen ermöglicht“ (Peez 2000 b, S. 23).

Die Überzeugungskraft dieser Beispiele liegt in der Nachvollziehbarkeit der Erfahrungen, die sie schildern, aber auch in der Schilderung mehrerer ähnlicher Beispiele, also in der Variation. Mittels der Phänomenologischen Analyse zeigen sich prägnante exemplarische Situationen, die es ermöglichen, Analogien zwischen diesen Situationen zu ziehen. Der Auswertungsteil dieser Untersuchung basiert mitunter auf diesen Analogien.

Im Folgenden möchte ich die angewandten Untersuchungsverfahren anhand der Erhebungsverfahren der phänomenologisch orientierten Feldforschung mit Hilfe von unterschiedlichem Material darstellen, von der Datenerhebung über die Datenaufbereitung bis zur anschließenden Auswertung. Ich habe mich für die Feldforschung als Untersuchungsmethode entschieden, da mir die Nähe zum Feld und der persönliche Kontakt zu den Schwangeren als hilfreich erschien, um genaue Informationen über das Erleben und die Wirksamkeit der Kunsttherapie zu erlangen.

9.2 Feldforschung als geeignete Untersuchungsmethode

In der qualitativen Feldforschung geht es nicht um die Überprüfung von Einzelhypothesen, sondern um die Entdeckung und das Herausarbeiten struktureller Zusammenhänge (vgl. Legewie 1991). Der Forschungsfokus oder die Problembeschreibung kennzeichnet den Ausgangspunkt einer von mir als Forscherin wahrgenommenen Problemstellung (S. 5, Forschungsprogramm und Forschungsfragen). In dieser Untersuchung der Kunsttherapie mit Risikoschwangeren wurden zwei Fälle anhand von unterschiedlichem Material analysiert, beide Fälle als singulär fallspezifisch behandelt und interpretiert. Erst im zweiten Schritt wurden Verallgemeinerungen aus der Fallinterpretation extrahiert und in Bezug zueinander gesetzt. Der Forschungsgegenstand wurde von mehreren

Punkten aus betrachtet, d.h. neben verbalen Daten (transkribierte Therapiesitzungen) wurden die entstandenen Bilder und Objekte aber auch Fragebögen zum subjektiven Erleben in die Untersuchung miteinbezogen. Diese so genannte Daten-Triangulation (Flick et al, 2005, S. 311) dient der Überprüfung der Plausibilität der Ergebnisse: „Zusammengefasst beinhaltet methodologische Triangulation einen komplexen Prozess des Gegeneinanderausspielens jeder Methode gegen die andere, um die Validität von Feldforschung zu maximieren“ (Denzin, in: Flick 2005, S. 310). Um zu plausiblen Interpretationen zu gelangen, die auch intersubjektiv nachvollziehbar sind, wurden die Interpretationsansätze und Ergebnisse innerhalb einer Forschungsgruppe von meist acht Personen diskutiert. Da die kunsttherapeutische Begleitung von Risikoschwangeren noch kaum etabliert ist, ist es sinnvoll herauszuarbeiten, mit welchen Methoden sich die Arbeit gut rekonstruieren und analysieren lässt.

Die Teilnehmende Beobachtung ist grundsätzlich die wichtigste qualitative Forschungsmethode, die sich für die Erforschung kunsttherapeutischer Prozesse anbietet, da „nur die intensive Analyse von Therapiestunden es erlaube, die subtilen Nuancen im Zusammenspiel von Therapeut und Patient zu untersuchen und dabei hilfreiche und hindernde Interaktionen aufzudecken“ (Ball 2003, in: Dannecker 2003, S. 69). Die Teilnehmende Beobachtung ist eine qualitative Technik, bei der höchstens halb-standardisiert vorgegangen wird. „Die halb-standardisierte teilnehmende Beobachtung ist (...) eine Methode, die sehr gut für explorative, hypothesengenerierende Fragestellungen geeignet ist, also wenn es um die Strukturierung von Neuland geht“ (Mayring 1996, S. 63).

Die Teilnehmende Beobachtung im Untersuchungsfeld Risikoschwangere in der Frauenklinik umfasst meine direkte Teilnahme an den kunsttherapeutischen Sitzungen als Beobachterin, Forschende aber auch gleichzeitig als aktive Kunsttherapeutin: „Teilnehmende Beobachtung ist eine Feldstrategie, die gleichzeitig Dokumentenanalyse, Interviews mit Interviewpartnern und Informanten, direkte Teilnahme und Beobachtung sowie Introspektion kombiniert“ (nach Flick 1995, S. 157). Sie eignet sich besonders gut, wenn der Untersuchungsgegenstand in soziale Situationen eingebettet und von außen schwer einsehbar ist – beispielsweise therapeutische Situationen – und die Fragestellung eher explorativen Charakter hat (siehe auch Peez 2000, S. 164, S. 168-169).

Als einerseits Beobachtende und Forschende, andererseits als involvierte Kunsttherapeutin bin ich selbst aktiv beteiligt und habe somit einen persönlichen Bezug zu den Patientinnen, was den Zugang zum Feld erleichtert und sich höchstens zu Beginn der Therapie irritierend auswirkt (z.B. das Anstellen des Tonbandgerätes oder das Ausfüllen der Fragebögen). Hierbei werden die Daten gesammelt, Audioaufzeichnungen der therapeutischen Sitzungen, Beobachtungsprotokolle von den einzelnen Stunden, Fotomaterial der entstandenen Bilder und Objekte und Fragebögen zum Verlauf der jeweiligen Sitzung. Zusätzlich zu den so erhobenen Daten wurden noch Informationen durch eine halbstandardisierte Interviewmethode, dem Expertinneninterview (Bogner/ Littig/ Menz 2005) zweier Oberärztinnen der Frauenklinik (S. 92, Material IV: Expertinneninterviews (mit Ärztinnen der Frauenklinik), im Sinne einer Triangulation verbunden (Mayring 1996, S. 121 ff., Flick 2005, S. 309 ff.).

Gleichzeitigkeit von Datenerhebung und Auswertung ist ein Merkmal der Teilnehmenden Beobachtung. Die theoretischen Annahmen entstehen quasi während der Auseinandersetzung im Feld, es werden keine Hypothesen vor der Untersuchung gebildet, die es lediglich zu beweisen gilt (Mayring 1996, S. 82; Flick 1999).

Die Entwicklung von Theorie auf der Grundlage von Beobachtungen in der Praxis scheint im Bereich der Kunsttherapie besonders bedeutsam, da das Wesen der Kunsttherapie durch Theorien von angrenzenden Gebieten der Psychologie, Kunst oder Psychoanalyse nur ungenügend beschrieben werden kann (vgl. Ball 2003, S. 71).

Das Material der Forschung setzt sich zusammen aus den vollständig transkribierten Tonaufnahmen der Therapiesitzungen zweier Fälle und Fotos der in dieser Zeit entstandenen Werke. Hinzu kommen zum einen die biographischen Anamnesen mittels eines von den Klientinnen selbstgestalteten Lebenslaufes und zum anderen die Kieler Änderungssensitive Symptomliste (Zielke 1979) und den Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (Zielke/Kopf-Mehnert 1978), um positive oder negative Veränderungswerte im Vergleichszeitraum von Beginn bis Ende der Therapie zu messen. Zudem wurden im Anschluss an die Therapiestunden Beobachtungsprotokolle erhoben und am Ende jeder Sitzung ein Stunden-Nacherhebungs-Fragebogen in Anlehnung an Eckert (1974) verwendet.

Im Folgenden wird nun das unterschiedliche Material vorgestellt von der Erhebung über die Aufbereitung bis hin zur Auswertung.

9.2.1 Material I: Beobachtungsprotokolle

Die Beobachtungsprotokolle entstanden direkt im Anschluss an die jeweilige kunsttherapeutische Sitzung. Sie geben Aufschluss über den Gesamtverlauf der Sitzung, quasi einen Überblick. Sie liefern weniger Details wie beispielsweise Material II (Transkriptionen der Audioaufzeichnungen der Therapiesitzungen), dafür aber konkrete Beobachtungen und Wahrnehmungen über den Verlauf. Die Protokolle dienten auch zur Kommunikation mit der Oberärztin, um die kunsttherapeutische Arbeit zu legitimieren. Die Beobachtungsprotokolle wurden als zusätzliche Informationsquelle zu den detaillierten Transkriptionen hinzugezogen, um den Überblick innerhalb der Feinanalyse nicht zu verlieren.

9.2.2 Material II: Audioaufzeichnung der Therapiesitzungen

Um die Therapiesitzungen möglichst genau festzuhalten, wurden sie mit Hilfe eines Mini-Disk-Aufnahmegerätes aufgenommen, so dass ein exaktes Erfassen des Kommunikationsprozesses gewährleistet ist. Die nonverbalen Äußerungen während des Therapieprozesses konnten im direkten Kontakt wahrgenommen und im Beobachtungsprotokoll festgehalten werden. Die Verwendung von Videoaufzeichnung würde noch genaueres Material liefern, aber gleichzeitig könnte dies auch die Unbefangenheit der zu untersuchenden Personen stören und zu Irritationen führen. Nach einer kurzen Erläuterung über den Sinn der Aufzeichnungen und dem Erbeten der Erlaubnis, dies tun zu dürfen, wird das Aufnahmegerät eingeschaltet und zum Ende der Sitzung ausgeschaltet.

Die Aufbereitung der geführten und aufgenommenen Therapiesitzungen beginnt mit der vollständigen Transkription des verbalen Kontaktes. Bei der wörtlichen Transkription gibt es verschiedene Abstufungen der Genauigkeit der Wiedergabe des gesprochenen Wortes, beginnend von der Verwendung des Internationalen Phonetischen Alphabetes (IPA), das alle Dialekt- und Sprachfärbungen wiedergibt, über die literarische Umschrift, die auch Dialekt im gebräuchlichen Alphabet wiedergibt, bis hin zu der Übertragung in normales Schriftdeutsch (vgl. Mayring 1996, S.70). Die Fülle der exakten schriftlichen Wiedergabe gesprochenen Textes kann sich negativ auf die Lesbarkeit auswirken. In der kommentierten Transkription (Mayring 1996, S. 70 ff.) werden, neben den mündlichen Ausführungen, auch alle relevanten nonverbalen Ereignisse, wie zum Beispiel Pausen oder das Heben der

Stimme schriftlich festgehalten. Die vorliegende Untersuchung bezieht sich auf die literarische Umschrift, da für das Verständnis und das Nachempfinden der Atmosphäre innerhalb der Therapiesituation der authentische Sprachklang bedeutend sein kann. Ferner werden die relevanten nonverbalen Ereignisse festgehalten. Transkriptionsregeln²³ werden insoweit angewandt, wie sie für das Verständnis des gesprochenen Textes notwendig sind. Der Forschungsfokus bezieht sich primär auf subjektiv-internal ablaufende Vorgänge, so dass es sinnvoll erscheint, eine möglichst authentische Wiedergabe der Äußerungen der Patientinnen zu fixieren, da gerade zwischensprachliche Aspekte oder die Sprachfärbung für eine genaue Erfassung der Informationen für die Untersuchung bedeutend sein kann. Zu Beginn der Auswertung werden die verschriftlichten Therapiesitzungen als Ganzes gelesen, um den Zusammenhang und den generellen Sinn zu erschließen. In einem zweiten Materialdurchgang werden, im Hinblick auf den Forschungsfokus und das zu untersuchende Phänomen, Bedeutungseinheiten gebildet und thematisch in Kategorien gefasst. Hieraus bildet sich für das Forschungsanliegen eine Kernkategorie, zu der „*Memos*“²⁴ erarbeitet werden. Die Auswertung der verschriftlichten Therapiesitzungen basiert auf der Phänomenologischen Analyse (s.o.).

9.2.3 Material III: Bildmaterial der entstandenen Bilder und Objekte

Das Bildmaterial von den gestalteten Bildern und Objekten entsteht im direkten Anschluss an die jeweiligen Therapiesitzung. Sie sind mit einer analogen Spiegelreflexkamera fotografiert. Die Aufnahmen fanden 2003/ 2004 statt. Die Bilder der Gestaltungen wurden entwickelt und anschließend eingescannt, um sie digital bearbeiten zu können. Dies ist bedeutsam, da manche Bilder anonymisiert werden mussten, z.B ein Bild der „Lebenslinie“ einer der Patientinnen. Zur Auswertung des erhobenen Bildmaterials standen unterschiedliche Interpretationsmethoden zur Verfügung. Entscheidend für die Wahl der Deutungsmethode ist die Gegenstandsadäquatheit, d.h. dass mit dem Auswertungsverfahren das Bildmaterial

²³ Transkriptionsregeln: (.) = kurzes Absetzen einer Äußerung
 (...) = Pause
 (5 Min. Pause) = der Zeitangabe entsprechend längere Pause
 (.) = Senken der Stimme
 (') = Heben der Stimme
 (Lachen), (räuspern) etc. = Charakterisierung von nichtsprachlichen Vorgängen
 (mhm) = Zustimmung oder Pausenfüller
 (äh) = Formulierungshemmung, Drucksen
 (vgl. Mayring 1996, S.71)

²⁴ Memos: eine Art Abstraktionsstufe dessen, was in der Analyse erarbeitet wurde.

angemessen und dem Forschungsfokus entsprechend genau interpretiert werden kann. Da sich der Forschungsfokus auf die subjektive Wirkungsweise der Kunsttherapie bei Risikoschwangeren bezieht und das kunsttherapeutische Arbeiten das Erleben im Zusammenhang mit der persönlichen Biographie beleuchtet, erschien ein biographisch-psychologischer Ansatz der Bildbetrachtung sinnvoll und adäquat. Das Bildmaterial wurde zunächst genau betrachtet und beschrieben. Im Anschluss daran wurden Informationen über den biographischen Hintergrund der Patientinnen betrachtet und hinzugezogen im Sinne des biographisch-psychologischen Ansatzes der Bildbetrachtung (s.u.).

Der biographisch-psychologische Ansatz als Methode zur Bildbetrachtung

Der biographisch-psychologische Ansatz sucht im Werk nach Hinweisen auf prägende Ereignisse im Leben des Künstlers. Die Farb- und Formensprache wird als Ausdruck der Seele verstanden: „Erlebnisse in der Kindheit, überhaupt Ereignisse, Schicksalsschläge und Einschnitte, Wendepunkte und Schübe in der individuellen Entwicklung des Künstlers schlagen sich immer auch in seinem Schaffen nieder: Sie werden oft zu prägenden Grunderfahrungen, haben Einfluss auf Themen und Motive seiner Werke“ (Kirschenmann/ Schulz 1999, S. 41). Dieser interpretatorische Ansatz bildet die Grundlage der Bildinterpretation dieser Untersuchung. Hierfür wurde eine Biographische Anamnese²⁵ in Form eines von den Patientinnen selbst gestalteten Lebenslaufs erhoben und als Datengrundlage für biographisch bedeutsame Erlebnisse hinzugezogen. Um die Plausibilität und Intersubjektivität der Interpretationen zu gewährleisten, bildete die bereits erwähnte Forschungsgruppe ein Korrektiv. Der Dialog ist notwendig, um die Bedeutung der Beispiele und sowohl die immanenten, als auch noch ungeklärten Strukturen zu klären (Rumpf 1961, 1964, 1991; Lippitz 1987, Peez 2000). Für die Darstellung werden exemplarische signifikante Beispiele herangezogen, die Datenmenge entsprechend reduziert. Die Beispiele „sind phänomenologische Mittel der dialogischen Klärung fungierender Strukturen. Ihre Überzeugungskraft liegt in der Nachvollziehbarkeit der Erfahrungen, die sie schildern“ (Lippitz 1993, S. 141).

In der kunstgeschichtlichen Forschung gibt es nach Berscheit (2001) und Kirschenmann/ Schulz (1999) verschiedene Ansätze zur Bildbetrachtung. Eine Kenntnis der kunsthistorischen Ansätze ist sinnvoll, da sie sich kombinieren lassen

²⁵ Biographische Anamnese: Im Rahmen der Anamnese (von griech. ἀνάμνησις *anamnêsis* „Erinnerung“) wird die Vorgeschichte eines Patienten in Bezug auf seine aktuellen Beschwerden erhoben. Die biographische Anamnese ist darüber hinaus erweitert auf die gesamte Lebensgeschichte des Patienten.

und somit zu vielschichtigen Interpretationen verhelfen. „(...) *erst im Anwenden verschiedener Methoden, die sich auch überschneiden, kann eine Annäherung an das Werk gelingen*“ (Kirschenmann/ Schulz 1999, S. 30).

Es finden sich aber auch Aspekte der im Folgenden aufgezählten und kurz erläuterten Bildbetrachtungsansätze in der Interpretation wieder:

Der formal-analytische Ansatz

Die Analyse der Form wendet sich zunächst den Bildelementen und der Komposition dieser Elemente (Punkt, Linien, Flächen, Formen und Farben) zu. Diese Beschreibung kann vom Bildvordergrund zum Mittelpunkt und dann Hintergrund voranschreiten; sie kann von einem bedeutungsvollen Punkt zu weniger bedeutsamen hinüber gehen (nach Kirschenmann 1999, S. 32).

Die Anordnungsstruktur der Bildelemente, die Kompositionsprinzipien wie z.B. Reihung, Straffung, Streuung, Ballung, Rhythmus, Symmetrie, bestimmen das gesamte Bild und seine Wirkung.

Die formale Analyse mit der Untersuchung der Komposition steht nicht für sich allein, sondern bereitet eine Deutung des Inhaltes vor.

Der phänomenologische Ansatz in der Bildbetrachtung

Elemente der phänomenologischen Textanalyse, wie sie für diese Untersuchung verwendet wurde (S. 85, Feldforschung als geeignete Untersuchungsmethode) wurden auch teilweise auf die Betrachtung der Bilder und Objekte übertragen. Das bedeutet, dass die Beobachtung vom Gesamteindruck des Werkes zum Detail vollzogen wurde aber auch ebenso in die andere Richtung vom Detail zum Gesamten. Kirschenmann beschreibt diese Vorgehensweise mit den Worten: „Dieses Vorgehen ist mit dem Sinnbild einer Spirale zu vergleichen: Vom gesamten Werk ins Detail, von den Einzelheiten wiederum zum Werk als Ganzem und dies in mehreren Stufen ansteigender Durchdringung, ohne ein endgültiges Ergebnis zu fixieren“ (Kirschenmann 1999, S. 34).

Experimenteller Ansatz

So wie alle Methoden der Bildbetrachtung kann auch der experimentelle Ansatz hilfreich sein, ein besseres Verständnis für den Klienten zu bekommen. Dazu gehören im Folgenden vorgestellte assoziative Verfahren der Bildbetrachtung, die auch teilweise für die Bildexploration zusammen mit der Klientin eingesetzt werden

können (S. 48, Möglichkeiten der Bildbetrachtung im Anschluss an die Gestaltung). Hierbei wird das Verfahren als Mittel zur Selbstexploration angeboten und begleitet.

- **Betrachtung aus der Nähe und Distanz**

Bei der Bildbetrachtung im Sinne eines analytischen Verstehenwollens wird das entstandene Werk zunächst aus der Nähe genau betrachtet. Im Anschluss daran kann es aus unterschiedlichen Distanzen angeschaut werden. Oftmals wirkt das Entstandene aus unterschiedlichen Entfernungen anders, bestimmte Bildteile treten mehr in den Hintergrund, andere erhalten eine stärkere Gewichtung. Diese Betrachtungsart kann in Verbindung mit dem phänomenologischen Ansatz der Bildbetrachtung gesehen werden.

- **Perspektive wechseln**

Bei dieser Bildbetrachtung wird das Bild gedreht, um es von allen Seiten, d.h. aus verschiedenen Perspektiven, betrachten zu können. Hieraus ergeben sich häufig neue Aspekte in der Exploration des Bildes. Diese und die zuvor beschriebene Übung können gut kombiniert werden, d.h., das Bild kann zunächst gedreht und dann in der Entfernung gehalten werden, es kann auch in der Entfernung nochmals gedreht werden.

9.2.4 Material IV: Expertinneninterviews (mit Ärztinnen der Frauenklinik)

Um weitere Informationen über das Forschungsfeld zu bekommen, erschien es sinnvoll, die Berufsgruppe der Ärzteschaft gezielt zu ihren Eindrücken zu befragen. Problemzentrierte Interviews bieten sich überall dort an, wo bereits Einiges durch theoretische Vorarbeit („theoretisches Sampling“) über den Untersuchungsgegenstand bekannt ist (Mayring 1996, S. 82 auch Peez 2005, S. 19 ff.).

Um Wirkungszusammenhänge oder Einflussfaktoren zu ermitteln, stellen Expertinneninterviews eine wissenschaftlich adäquate Methode dar (Leitner/Wroblewski 2005). Um die Einbettung der Kunsttherapie in der Frauenklinik zu untersuchen erschien es sinnvoll, die Sichtweise von ärztlichem Personal zu beleuchten. „Die befragten Experten können dabei selbst als Teil des Handlungsfeldes zur Zielgruppe der Untersuchung gehören, oft jedoch werden Experten auch gezielt als komplementäre Informationsquelle über die eigentlich interessierende Zielgruppe genutzt. Im letzteren Fall tritt der Experte als Träger von `Kontextwissen` in Erscheinung“ (Bogner 2005, S. 37). In diesem Sinne, als Trägerinnen von Kontextwissen, wurden zwei Oberärztinnen der Frauenklinik befragt.

Die beiden Expertinneninterviews wurden von einem ärztlichen Psychotherapeuten und Pädagogen durchgeführt, dem die Kunsttherapie in groben Zügen bekannt ist. Die Befragung durch einen externen Interviewer geschah aus dem Grund, dass die Befragung vom Interviewer unvoreingenommen geschehen kann und sich auch die Ärztinnen frei äußern können, ohne durch den persönlichen Kontakt im Interview zur Kunsttherapeutin beispielsweise etwas beschönigen zu wollen. Die Befragung der beiden Oberärztinnen fand einzeln in einem separaten Raum in der Klinik an zwei verschiedenen Terminen statt.

Die Expertinneninterviews kennzeichnen sich durch eine offene, halbstrukturierte Befragung mit einer Fokussierung auf die ärztliche Wahrnehmung der Kunsttherapie innerhalb der Klinik. Als Hilfsmittel und Merkmal der Expertinneninterviews dient ein Interviewleitfaden (im Anhang nachzulesen), der einerseits eine Gedächtnisstütze und Orientierung für den Interviewer innerhalb des Interviews darstellt, andererseits eine bessere Vergleichbarkeit gewährleistet im Hinblick auf Ähnlichkeiten und Differenzen.

Hierbei soll der Leitfaden „vielfältige Erzählanlässe schaffen, bei denen die Befragten möglichst offen assoziieren können“ (Peez 2005, S. 20).

Der Interviewleitfaden für die beiden Expertinneninterviews und die Antworten zu den Leitfragen sind vollständig im Anhang und auszugsweise im Fazit eingebettet nachzulesen.

Die Aufbereitung der beiden Expertinneninterviews beginnt mit der vollständigen Transkription des gesprochenen Wortes. Da die Informationen aus diesen beiden Leitfadeninterviews zusätzliches Material bieten und nicht die Basis der Untersuchung darstellen wie etwa die transkribierten Therapiestunden, die direkt Informationen über das subjektive Erleben der schwangeren Frauen beinhalten, wurden beide Expertinneninterviews in normales Schriftdeutsch transkribiert. Die Klangfärbung der Sprache durch Dialekt schien hierfür nicht relevant.

Für die Auswertung wurden die transkribierten Interviews als Ganzes gelesen und betrachtet, im Sinne eines „allgemeinen Durchgangs“ oder Überblicks. Im Anschluss daran werden Stellen aus den Interviews markiert, die im Bezug zum Forschungsfokus stehen. Die Kategoriebildung geschieht bereits in der Auswertung der Therapiestundentranskription und Bildanalyse. Das bedeutet, dass die Informationen der Expertinneninterviews nur teilweise hinzugezogen wurden als

zusätzliche Sichtweise und dass dementsprechend das Material nicht in vollem Umfang ausgeschöpft ist.

9.2.5 Material V: Fragebögen zur Erfassung der Veränderung von Symptomen und der subjektiv erlebten Belastung

Um die Veränderung von Symptomen und der subjektiv erlebten Belastung über den Zeitraum der Kunsttherapie zu dokumentieren, gibt es die Möglichkeit verschiedener Testverfahren in Form von Fragebögen. Die daraus hervorgehenden Informationen sind lediglich als zusätzliche Quelle zur Unterstützung und Überprüfung der Ergebnisse hinzugezogen, sie bilden nicht die Basis der Untersuchung.

Die beiden verwendeten standardisierten Testfragebögen werden zu verschiedenen Zeitpunkten verteilt und ausgefüllt. Die Kieler Änderungssensitive Symptomliste (Zielke 1979) wird zu Beginn der Kunsttherapie und zum Abschluss der Kunsttherapie ausgefüllt, um positive oder negative Veränderungswerte in diesem Vergleichszeitraum zu messen. Der Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (Zielke/Kopf-Mehnert 1978) wird zum Abschluss der Kunsttherapie ausgefüllt, um Veränderungen des Erlebens und Verhaltens festzustellen. Zudem werden im Anschluss an jede Therapiestunde Stunden-Nacherhebungs-Fragebögen für die Klientinnen und die Therapeutin in Anlehnung an Eckert (1974) ausgefüllt.

Die **Kieler Änderungssensitive Symptomliste** zur Statusdiagnostik (KASSL-Test von M. Zielke 1979) bietet insgesamt 50 Symptome bezüglich des innerpsychischen Erlebens zum Ankreuzen an wie beispielsweise: Minderwertigkeitsgefühl, Angst vor anderen Menschen, Überlastungsgefühle, Gefühl von Spannungen und Nervosität, Wunsch oft zu weinen etc. Anhand dieser Items wird zu Beginn der Kunsttherapie der momentane Status diagnostiziert und am Ende der Therapie eine mögliche Veränderung festgestellt.

Für die Auswertung der Testfragebögen der Kieler Änderungssensitive Symptomliste (Zielke 1979) wird der Fragebogen mit Hilfe einer Auswertungsschablone aufbereitet und ausgewertet. Es wird die Gesamtsymptombelastung festgestellt. Diese wird nochmals differenziert in verschiedene Unterbereiche: Soziale Kontaktstörungen, Verstimmungsstörungen, Berufsschwierigkeiten, Konzentrations- und Leistungsstörungen. Ab einem bestimmten Wert (Standard T-Wert >38) ist eine deutliche Symptombelastung festzustellen.

Der **Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens** (M. Zielke/ C. Kopf-Mehnert 1978) umfasst 42 Aussagen, die von der Patientin bezüglich einer

Veränderung hin durch Zustimmung oder Verneinung in unterschiedlicher Abstufung beurteilt werden (von +3= starke Zustimmung bis -3 = starke Ablehnung/ Verneinung), beispielsweise: „Ich rege mich über viele Dinge nicht mehr auf“ oder „Meine Stimmungen schwanken jetzt stärker als früher“ oder „Ich bin häufiger niedergeschlagen“ etc.

Die Aufbereitung und Auswertung des Fragebogens wird ebenfalls mit einer Auswertungsschablone vollzogen, die Werte, die sich daraus ergeben, werden in ein Diagramm (eine Leiste von 42 bis 294) eingetragen, in dem der Gesamtwert errechnet wird. Ab einem Gesamtwert von über 187 gilt der Wert als positive Veränderung. Ab einem Wert von unter 136 als negative Veränderung. Ein Wert zwischen 136 und 187 liegt innerhalb der „kritischen Grenzen“, d.h. dass keine genaue Aussage über die Veränderung getroffen werden kann.

Außerdem wird nach jeder Therapieeinheit sowohl ein **Klienten-Erfahrungsbogen** als auch ein Therapeutinnen-Fragebogen ausgefüllt, um die Wahrnehmung über den Verlauf der Therapiestunde hinsichtlich der Beziehung zwischen Patientin und Therapeutin und der Produktivität der Stunde zu dokumentieren.

Alle Fragebögen sind im Anhang nachzulesen

10 Darstellung der Fallanalysen

Es folgt nun die Darstellung zweier Einzelfallanalysen von den Patientinnen Frau A.²⁶ und Frau B..

Die erste Fallanalyse (Frau A.) umfasst neun Sitzungen, in denen jeweils eine Gestaltung entstanden ist. Die Fallanalyse Frau B. umfasst sechs Sitzungen (der gesamte Kontakt umfasste acht Sitzungen), in denen die bildnerischen Arbeiten entstanden sind, beziehungsweise darüber gesprochen wurde.

Die unterschiedlichen zum Zweck der Fallanalyse erhobenen Materialien wurden separat interpretiert, aber in der Endfassung dieser Arbeit als Ergebnisse zusammengeführt dargestellt. Das Bildmaterial wurde unabhängig von den transkribierten kunsttherapeutischen Sitzungen und Informationen über die Patientinnen innerhalb der Forschungsgruppe analysiert. Das Textmaterial wurde unabhängig vom Bildmaterial (soweit trotz nun bestehendem Vorwissen noch möglich) feinanalysiert im Sinne der Phänomenologischen Analyse (S. 83, Phänomenologisches Forschungsverfahren). Schließlich wurden beide Analyseschritte in Beziehung gesetzt. Die Exaktheit und Tiefe der Interpretation entsteht letztlich durch die separate Interpretation des unterschiedlichen Materials. Zur besseren Lesbarkeit wurde für die Darstellung der Ergebnisse auf die separate Darstellung der einzelnen Analyseergebnisse der Textinterpretation verzichtet.

10.1 Erste Fallanalyse Frau A.

Frau A. ist zum Zeitpunkt der Kunsttherapie 26 Jahre alt und Studentin. Zu Beginn der gemeinsamen Treffen lag sie bereits sechs Wochen in der Klinik mit vorzeitig geöffnetem Muttermund und vorzeitigen Wehen. Der Zeitraum der gemeinsamen Treffen umfasste insgesamt sechs Wochen. Innerhalb dieser Zeit gab es neun kunsttherapeutische Sitzungen.

Bevor die kunsttherapeutischen Sitzungen stattfanden, die alle als Audioaufzeichnungen fixiert wurden, gab es bereits Begegnungen zwischen Frau A. und mir als Kunsttherapeutin. Nachdem Frau A. Interesse an dem kunsttherapeutischen Angebot bei der Oberärztin bekundet hatte, stellte die Kunsttherapeutin sich selbst, den kunsttherapeutischen Ansatz, das Setting²⁷ und die

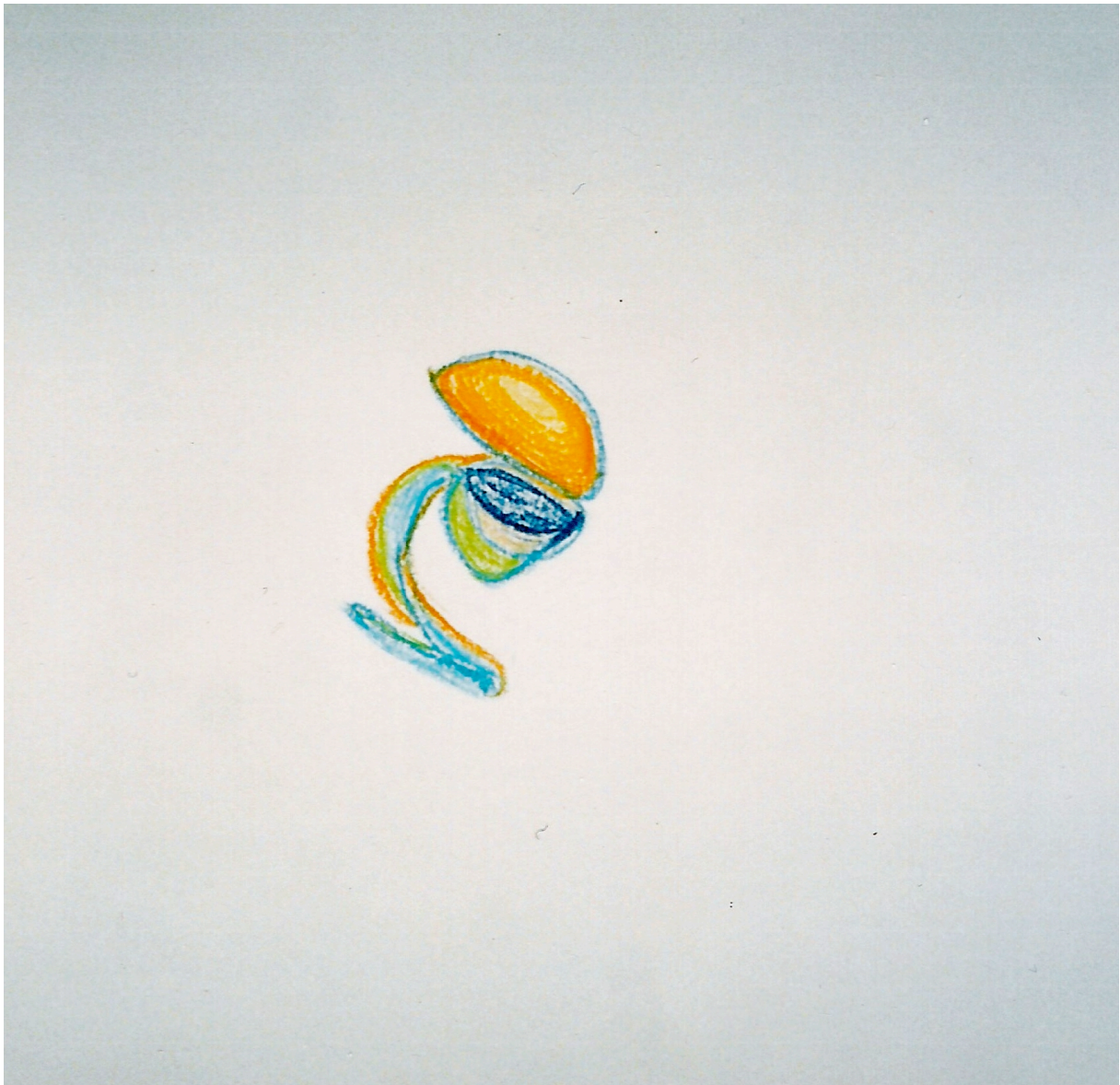
²⁶ Alle persönlichen Merkmale der Patientinnen wie Namen, Orte etc. wurden anonymisiert.

²⁷ Setting: „bedeutet eine strukturelle Übereinkunft von mindestens zwei Menschen, Zeit miteinander zu verbringen zum Zweck der Linderung oder Beseitigung eines Leidenszustandes, einer Verhaltensstörung, eines

Materialien vor (S. 21, Material, S. 29, Arbeitsweise). Außerdem wurde ein Termin für die erste Sitzung vereinbart. Zu dieser Stunde holte ich als Kunsttherapeutin Frau A. mitsamt ihrem Bett ab und fuhr sie in ein anderes vorbereitetes Zimmer, um eine ungestörte Atmosphäre gewährleisten zu können, denn Frau A. war in einem Mehrbettzimmer untergebracht.

Die nun folgende Darstellung der Bildbetrachtungen und Interpretationen entstanden anhand des Biographisch-psychologischen Ansatzes (Hahne 2006 S.58; Busse 2002 S.66/ 67): Zuerst wird das Bild beschrieben, danach wird der biographische Hintergrund hinzugezogen und mit dem Bild in Zusammenhang gebracht. Die Textanalyse wurde im Sinne der Phänomenologischen Analyse (S. 83, Phänomenologisches Forschungsverfahren) durchgeführt.

10.1.1 Erste Sitzung Frau A.: Bild 1 „Blinder Kritzel“²⁸, Jaxon-Ölkreide, Format 40 x 40 cm



Entstehungsprozess:

Dieses Bild ist durch die Übung „Blinder Kritzel“ entstanden, einer so genannten Einstiegsübung, bei der mit geschlossenen Augen und mit der nicht-dominanten Hand ein „Kritzel“ auf das Papier gebracht wird. Dieser „Kritzel“ wird dann im Anschluss mit der dominanten Hand ausgestaltet (S. 46, „Blinder Kritzel“).

Frau A. verwendete Ölwachskreide und ein quadratisches Papier (Format 40 x 40 cm). Sie platzierte ihren „Kritzel“ ziemlich genau im Zentrum des quadratischen Blattes.

Bildbeschreibung:

²⁸ „Blinder Kritzel“ bezeichnet die verwendete Methode

Die Form des Kritzels besteht aus zwei aneinander liegenden ovalen Flächen und einer halbmondartigen Fläche, von der links eine lange schmale und geschwungene Fläche abzweigt in Form einer spiegelverkehrten Zwei, die etwas abschüssig nach rechts unten zeigt. Die größte ovale Fläche ist orange ausgestaltet und mit einer hellblauen Linie umrandet. Die sich darunter befindende kleinere ovale Fläche in dunkelblau hat längs in der Mitte eine dunklere blaue Linie, die diese Fläche unterteilt. Die gesamte dunkelblaue Fläche ist von einem Rosaton eingefasst. Die halbmond- oder schalenartige Fläche ist mit Grün ausgemalt. Die links abzweigende Form einer seitenverkehrten „Zwei“, die nach rechts unten zeigt, ist im Inneren Hellblau, links neben dem Hellblau ist eine dünne grüne Linie zu sehen und beides ist rechts und links mit Orange umrandet bis zu der Stelle, an der der Fuß der „Zwei“ nach links oben kippt. Diese schlauchartige Fläche endet in Hellblau und einer schmalen grünen Linie links ohne orangene Umrandung.

Biographischer Hintergrund²⁹

Frau A. wurde Ende der 1970er Jahre in einer Stadt in Süddeutschland geboren. Die ersten drei Lebensjahre ist sie zusammen mit ihren Eltern und den Großeltern im großelterlichen Haus aufgewachsen. Dann ist die Kleinfamilie in eine andere Stadt umgezogen, dort wurde Frau A. siebenjährig eingeschult. Ein halbes Jahr nach der Einschulung zog die Familie wieder um, so dass Frau A. die Grundschule innerhalb der ersten Klasse wechseln musste.

Sie besuchte das Gymnasium bis zur zehnten Klasse und begann dann eine Ausbildung zur Krankenschwester, die sie nach einem Jahr abbrach.

Transkription aus der sechsten Therapiestunde:

„(...) ich konnte das irgendwie alles nicht so ganz verkraften und dann hat meine Mutter gesagt: „Also weißt du was, du kannst nicht immer nach Hause kommen und deine Arbeit mit nach Hause nehmen, und ähm, das ist deine Arbeit, und Schluss und lass das dann im Krankenhaus. Und wenn du zu Hause bist, dann bist du zu Hause, also dann vergisst du das einfach was da ist.“ Und dann hab ich gesagt „Nee, das kann ich nicht Mama.“ Und hab nach einem halben Jahr aufgehört. (Transkription Therapie Frau A., 6. Sitzung, S. 4, Z. 32-39)

Nach dem Abbruch der Ausbildung hat Frau A. bei einem großen Autohersteller bis zum nächsten Schuljahr gejobbt und ist dann wieder zur Schule gegangen, nicht mehr auf das Gymnasium, sondern auf eine Fachoberschule. Neben der Schule hat sie gearbeitet, um Geld zu verdienen, da sie bereits kurz vor ihrem 18. Geburtstag

²⁹ Die Informationen zum biographischen Hintergrund resultieren zum einen aus dem transkribierten therapeutischen Gespräch, zum anderen aus der gestalteten Lebenslinie (siehe auch Foto und Anhang: Frau A., 6. Stunde)

von zu Hause ausgezogen ist. Sie hatte zu viele Fehlzeiten in der Schule, so dass sie aus der Schule entlassen wurde, aber mit der Möglichkeit, im darauf folgenden Jahr zu wiederholen. In dieser Zwischenzeit arbeitete sie wieder bei dem großen Autohersteller und machte schließlich den Schulabschluss an der Fachoberschule. Den darauf folgenden Sommer arbeitete sie als Servicekraft in einem Restaurant und fing dann eine Kurzausbildung als Flugbegleiterin bei einer Fluggesellschaft an. Während dieser Zeit erlebte sie im zwischenmenschlichen Bereich Enttäuschungen, insbesondere im Kontakt mit einem Mann, von dem sie anfangs begeistert war. Nach einem Jahr lernte sie ihren zukünftigen Lebenspartner kennen und ließ ihre berufliche Tätigkeit zunächst ruhen; sie war zeitweilig arbeitslos und konzentrierte sich auf ihre Partnerschaft. Ihr Lebenspartner kommt aus einem anderen Land. Sie pendelte eine Zeit lang zwischen den jeweiligen Heimatländern hin und her. Im Anschluss an dieses Jahr besuchte Frau A. die Fachhochschule für zwei Semester im sozialen Bereich als Voraussetzung für ein Studium an der allgemeinen Universität.

Zwischen der Arbeitslosigkeit und dem Studium hatte Frau A. eine späte Fehlgeburt (22. Schwangerschaftswoche), die sie zutiefst traf, da sie sich nichts mehr als eine Familie mit ihrem Partner wünschte. In ihrer gestalteten Lebenslinie (S. 129, Sechste Sitzung Frau A.: Bild Nr. 6 „Lebenslauf/ Lebenslinie“, Buntstift, DIN A3) markierte Frau A. die Geburt und den Tod ihres ersten Kind nicht, erst später im Gespräch, wobei ihr das sehr schwer fiel. Die Fehlgeburt des ersten Kindes war traumatisch für Frau A. und ist bis zu diesem Zeitpunkt in der Therapie auch noch nicht betrauert und verarbeitet, sondern der Schmerz scheint eher verdrängt und eingeschlossen. Im aufgezeichneten Therapiegespräch wird deutlich, dass sie unter Schuldgefühlen leidet:

- „ (...) also so kleine Babys, die unter 500 Gramm wiegen, die kriegen ja kein Grab, äh, im Endeffekt. Und ich weiß, dass er in A. im Nordfriedhof, äh, begraben ist, und ich war nie da. Und das sind halt so Sachen, da hab ich son schlechtes Gewissen zum Beispiel gehabt, wo ich mir gesagt hab, Mensch, du warst noch nie da (Frau A., 1-6, S. 10 Z. 29-32).
- „(...)ich hab da son schlechtes Gewissen war noch nicht mal am Nordfriedhof, weil ich einfach da erstmal nicht hingehen wollte, und das einfach so weggedrückt habe, bin auch son, son super Verdrängungskünstler, der immer alles einfach dann wegdrückt nach ner Zeit, und das gibt es dann einfach nicht mehr nach ner Zeit. Und das gibt's dann einfach nicht mehr“ (Frau A., 6. Sitzung, S. 10, Z. 32-41).

Frau A. empfindet den Spätabort des ersten Kindes als eigenen Makel oder Unvermögen, als Mangel an weiblicher Potenz:

„(...) man fühlt sich ja auch so als Versager als Frau irgendwie“ (Frau A., 6. Sitzung, S. 11, Z. 19-20).

Sie konnte ihren Schmerz aufgrund ihrer Versagensgefühle mit niemandem teilen, sich nicht aussprechen und den Verlust nicht betrauern, was für eine Bewältigung wichtig gewesen wäre:

„ (...) ich konnte das auch niemandem erzählen, ich konnte das niemandem sagen, im Endeffekt, weil ich mich irgendwie selber so als Versager gefühlt hab“ (Frau A., 6. Sitzung, S. 11, Z. 28-30).

In der momentan bestehenden und demnach zweiten Schwangerschaft entwickelte Frau A. in derselben Schwangerschaftswoche, in der sie den Spätabort der ersten Schwangerschaft erlitt, Ängste und kurz darauf auch die Komplikation.

Die neun Wochen, die Frau A. in der Frauenklinik wegen der Komplikationen in der zweiten Schwangerschaft verbringen musste, stellen einen Einschnitt in Frau A.s Leben dar. Ängste vor einem erneuten Verlust eines Kindes begleiten sie täglich.

„(...) Man wird dann auch schon so panisch, zum Beispiel jetzt hat ich ja seit dem Wochenende (ähm) hat ich hier zwei Frauen also die, die Frau die jetzt auch momentan da ist und beide hatten irgendwie für mich undefinierbare Sachen, also die eine hatte irgendwie ne Spülung bekommen und dann hab ich dann auch irgendwie dann am zweiten Tag oder dritten Tag dann mal gefragt, was, was da wär und da meinten die n Abszess und ich sollte halt die Toilette reinigen und (äh) die Frau jetzt, die hat auch ne Zerklage wie ich auch, und (äh) hatte ne Infektion und dadurch ist das Kind früher gekommen und da macht man sich natürlich selber panische Angst dann und sagt Gott, wenn da ne Infektion da war und ich krieg das jetzt auch, wir wir benutzen ja dieselbe Toilette und alles.“ (Frau A., 1. Sitzung, S. 5, Z. 10-21)

Der Verlust des ersten Kindes durch eine Infektion mit folgender Fehlgeburt war und ist auch noch zu diesem Zeitpunkt ein tragisches oder besser traumatisches Erlebnis für Frau A., das sie bis dato noch nicht wirklich betrauern und verarbeiten konnte. All die schmerzlich erlebten Empfindungen werden nun durch die Bettnachbarin und ihres Schicksals aktualisiert. Frau A. gerät dadurch in einen Zustand von Aufregung, wenn nicht gar Panik, was zunächst möglicherweise wie Hypochondrie erscheinen mag.

Dazu kommt die völlige Immobilität des Körpers durch das Liegen müssen und die Abhängigkeit vom Klinikpersonal, was wiederum eine weitere psychische Belastung darstellt.

Insgesamt beurteilt Frau A. ihren eigenen Lebenslauf hauptsächlich in Bezug auf Schule, Ausbildung und Beruf mit den Worten ihrer Mutter:

„Also das ist mir ganz peinlich, so ein unsteter Lebenslauf (...). Das klingt irgendwie so total unbeständig. Meine Mutter sagt immer, das darfst du gar niemandem erzählen, was du alles gemacht hast im Endeffekt“ (Frau A., 6. Sitzung, S. 8, Z. 19-25).

10.1.2 Interpretation des Materials der ersten Sitzung

Vorbemerkung:

Die Entscheidung für einen Interpretationsansatz mit Hilfe des biographischen Hintergrunds entstand aus der Überlegung heraus, dass die Bilder Zeugnisse psychischer Verfassung sind, autobiographische Elemente hineinspielen und sich in den Bildern zeigen (vgl. Schemm, Jürgen von, In: Kirschenmann/ Spickernagel 1999; Hahne; Busse; Freud, Sigmund, in: Broer/ Keyenburg/ Schulze-Welarn 1981).

Den biographischen Hintergrund erhielt ich, indem Frau A. einen Lebenslauf in selbstgewählter Form mitbringen sollte. Frau A. entschied sich dafür, diese „Lebenslinie“ in einer kunsttherapeutischen Sitzung zu gestalten (S. 129, Sechste Sitzung Frau A.: Bild Nr. 6 „Lebenslauf/ Lebenslinie“, Buntstift, DIN A3). Im Verlauf des kunsttherapeutischen Prozesses, sprach Frau A. immer wieder Stationen aus ihrem Leben an, was in der Form von transkribiertem Text in die Interpretation mit einfließt.

Bei der Interpretation sind einerseits die Assoziationen derjenigen von großer Bedeutung, die das Bild selbst gestaltet haben, ähnlich wie bei der Traumdeutung. Andererseits kann ein Betrachter von außen unbewusstes³⁰ Material wahrnehmen und zu einem geeigneten Zeitpunkt ansprechen. Folgt eine Deutung zu früh, kann sie Widerstände erzeugen, die ein tieferes Verständnis und eine Weiterentwicklung der Klientin behindern.

Außerdem kann eine Deutung immer mit dem Deutenden und dessen Verfassung in Zusammenhang stehen. Deshalb ist eine Differenzierung hier wichtig. Es besteht ein Unterschied zwischen den Bildinterpretationen dieser wissenschaftlichen Arbeit und den Deutungen, die ich innerhalb der Kunsttherapie den Klientinnen angeboten habe. Die Deutungen in der Therapie richten sich nach dem Entwicklungstempo der Klientin und dem Prozess, d.h. ob die Deutung zu diesem Zeitpunkt passt oder nicht,

³⁰ Unbewusstes: (im tiefenpsychologischen Sinn) die Summe aller gespeicherte Erfahrungen und Strukturen, von vitalen, verdrängten, konflikthaften Anteilen und auch von Fähigkeiten und Ressourcen, die dem Bewusstsein gewöhnlich nicht zugänglich sind (Stumm/ Pritz 2000)

also ob die Klientin die Deutung annehmen kann und sie ihr in ihrem Selbstexplorationsprozess weiterhilft. Oft ist bereits eine Beschreibung des Bildes hilfreich, um die Klientin selbst zu einem besseren Verstehen zu bewegen.

Frau A. konnte zunächst mit dem entstandenen „Kritzel“ nichts anfangen. Schließlich sagte sie dazu:

- Frau A.: Also die Farbkombination ist ja nicht so (lacht) der Hit, aber naja. (...)
P.S.: Es ist jetzt auch nicht so, dass ich das jetzt interpretiere oder dass ich das jetzt bewerte.
Frau A.: Nee, klar.
P.S.: (Räuspern)
Frau A.: Ich hab das nur für mich selber jetzt festgestellt, dass das nicht so tolle Farben sind, naja.
P.S.: Sind jetzt doch nicht so die Farben, die sie normal –
Frau A.: Ja ich weiß nicht das Orange hat nicht so.
P.S.: Das Orange?
Frau A.: Hmhm.
P.S.: Etwas außergewöhnlich?
Frau A.: Na, es passt irgendwie nicht zu Blau, macht nichts. (...) (lange Pause) (malt)
(Frau A., 1-1, S. 6, Z. 17-30)
- Frau A.: Ah ja, sieht aus wie irgendwie wie ein kniendes Männchen, das hier ne Schüssel in der Hand hält also von der, jetzt von dieser Perspektive –
P.S.: Ach ja.
Frau A.: Ja.
P.S.: Also das ist der Kopf quasi.
Frau A.: In die Richtung ja, oder n Helm (lacht).
P.S.: N Helm, ja.
Frau A.: Kniet, Arm und hat was in der Hand.
P.S.: Hmhm.
Frau A.: Joah.
P.S.: Ne Schüssel mit was Blauem.
Frau A.: Ja genau. Hm. Mehr fällt mir jetzt dazu auch nicht ein –
(Frau A., 1. Sitzung, S. 6, Z. 40-51)

Die Farben Orange und Blau bilden einen Komplementärkontrast, und zwar in zwei relativ großen Flächen. Komplementärfarben stehen in einer Spannung zueinander. Auch das gesamte Gebilde wirkt zusammengedrückt, komprimiert oder gebeugt. Die verschiedenen Farbschichten liegen aneinander.

Das „kniende Männchen“ könnte einerseits einen Teil von Frau A. symbolisieren, ihre momentane Verfassung während der komplizierten Schwangerschaft, andererseits könnte es auch ein Bild ihres Babys im Bauch darstellen.

„Die Schale oder Schüssel halten“ könnte für den Zustand der Schwangerschaft stehen. In der Schwangerschaft liegt das Ungeborene im Fruchtwasser im Uterus geborgen. Der Versuch die Schale zu halten, könnte auch das Halten der Schwangerschaft bedeuten, und ist mit Komplikationen und Anstrengung verbunden (gebeugter Rücken). Diese kniende Haltung erinnert möglicherweise auch an eine

Position beim Beten, eine demütige Haltung, mit der Hoffnung, es möge sich alles zum Guten wenden.

Der „Kritzel“ könnte durch seine Form und Haltung an einen Embryo erinnern (überproportionaler Kopf, angewinkelte Beine, runder Rücken).

Frau A. spricht von einem „Helm“, den die Figur aufhat. Ein Helm dient dazu, den Kopf zu schützen vor einem Aufprall. Dies könnte bedeuten, dass die Figur oder der Embryo Schutz bedarf, was durch die aufgetretene Komplikation tatsächlich der Fall ist. Ebenso könnte es auch die Schutzbedürftigkeit Frau A.s verdeutlichen, denn im Verlauf der Therapiestunde kommt eine bereits erlittene Fehlgeburt zur Sprache, die Frau A. immer noch als belastend erlebt.

Der Körper des Männchens erinnert an eine umgekehrte Zwei, was eventuell darauf hinweisen könnte, dass dies die zweite Schwangerschaft ist, die erste Schwangerschaft wurde durch eine späte Fehlgeburt in Folge eines Blasensprung aufgrund einer Infektion beendet.

Die Richtung der Figur oder der seitenverkehrten Zwei zeigt nach rechts unten, dies wirkt abschüssig, die Figur droht zu rutschen. Dies könnte ein unbewusster Ausdruck für die bereits erlittene Fehlgeburt sein oder die Angst vor einem erneuten Verlust, das zweite Kind nun ebenfalls zu verlieren.

Gegen Ende der Stunde spricht Frau A. recht viel über diesen traumatischen Verlust:

Frau A.: Ja und wir ham auch schon n Kind verlorn, wegen derselben Sache, vor zwei Jahren. Und da wussten wir auch nich was es war, also -

(...)

Frau A. : - da war ich ja auch in der achtzehnten Woche, weil jetzt hätt ich auch in der achtzehnten Woche Probleme und hab dann die Zerklage in der achtzehnten Woche gekriegt -

P.S.: Ja.

Frau A. : - und damals is in der achtzehnten Woche die Blase gesprungen und ich wusst nich wieso und anscheinend war des dann dasselbe also Gebärmutterhalsschwäche.

P.S.: Ah ja.

Frau A. : (Ähm) Bakterien reingekommen, die ham dann die Fruchtblase angefressen und dann

P.S.: Hmhm.

Frau A. : - also praktisch dann die Fruchtblase geplatzt und der Arzt hat halt auch irgendwie nich gut untersucht damals, also ich hatte am am Sonntag hat richtig Bauchschmerzen, also richtig so Kontraktionen -

P.S.: Hmhm.

Frau A. : - hab ich gemeint ich muss unbedingt zum Arzt gehen, also irgendwas stimmt da nich - und hatte muss ich da vorher (äh) dazu sagen, davor auch schon immer so n bisschen so Kontraktionen und und solche Sachen und (ähm) Blutungen auch ganz am Anfang mal (...) und von daher hätt er eigentlich schon sensibilisiert sein sollen und geh da am Montag hin und sag: Irgendwie fühl ich mich ganz komisch, ich hab irgendwie immer so so Kontraktionen -

P.S.: Hmhm.

Frau A. : - und Drücken nach unten, ich fühl mich, als hätt ich hier irgendwas. Da sagt er: Ja geben Sie mal Urin ab - ach nee, da is alles in Ordnung, gehen Sie ruhig nach Hause.

Da hab ich gesagt: Ja soll ich irgendwas beachten? - Naja legen Sie sich einfach mal ins Bett. Und dann hab ich mich ins Bett gelegt -

P.S.: Hmhm.

Frau A. : - und des war dann auch nich besser danach und am nächsten Tag wach ich auf und da denk ich mir: Mensch, irgendwas is da zwischen meinen Beinen und (ähm) geh dann auf die Toilette und (ähm ähm) hab gedacht: Irgendwas fühl ich da unten -

P.S.: Hmhm.

Frau A. : - also ganz komisch -

P.S.: Hmhm.

Frau A. : - und da hab ich mich wieder ins Bett gelegt und hab dann zu meinem Freund gesagt: Bitte schau mal - und der hat gesagt: Mensch, du hast ne schwarze Kugel zwischen den Beinen.

P.S.: Hmhm.

Frau A.: Und dann sind wir sofort, also wir ham sofort den Notarzt angerufen und dann ist mir auch die Fruchtblase noch im im im Bett geplatzt, ja und das wars dann (schnalzt mit der Zunge). Und vor allen Dingen also mit der Geschichte im Hinterkopf is man -

P.S.: Hmhm.

Frau A. : - natürlich dann noch panischer als als normal dann, also -

P.S.: Das is natürlich verständlich, ja.

Frau A. : Hmhm.

P.S.: Und das is ja auch ne späte - also - achtzehnte Woche - das war jetzt ja auch schon ne fortgeschrittene Schwangerschaft dann.

Frau A. : Ja. Das war dann nich so toll.

P.S.: Hmhm. Da is die is die Angst jetzt natürlich auch nochmal viel größer, ja. (Räuspern)

Frau A. : Ja, vor allen Dingen, wenn man das dann erlebt hat und und und weiß wies abgelaufen is, da is halt nich so toll und vor allen Dingen jetzt bin ich so weit gekommen, jetzt bin ich natürlich auch froh, jetzt möchte ich mir das halt nich ungern dann wieder verspielen durch irgendwelche Leichtsinnigkeiten dann.

(Frau A., 1. Sitzung, S. 13, Z. 22-50 bis S. 14, Z. 1-32)

Dass Frau A. durch die erlittene Fehlgeburt ihres ersten Kindes noch recht stark belastet ist, geht aus der vorangegangenen Passage hervor. Auch dass sie selbst einen „Helm“ braucht, um sich zu schützen vor dem Schmerz und vor allem der Angst vor dem erneuten Verlust:

Frau A.: Und dann sind wir sofort, also wir ham sofort den Notarzt angerufen und dann ist mir auch die Fruchtblase noch im im im Bett geplatzt, ja und das wars dann (schnalzt mit der Zunge). Und vor allen Dingen also mit der Geschichte im Hinterkopf is man -

P.S.: Hmhm.

Frau A. : - natürlich dann noch panischer als als normal dann, also -

P.S.: Das is natürlich verständlich, ja.
(siehe oben)

In dem „Kritzel“ könnten mehrere Aspekte enthalten sein, er könnte Frau A.s Empfinden sich selbst gegenüber verdeutlichen, aber auch den Fötus im Mutterleib symbolisieren, sowohl den verstorbenen als auch den lebenden der momentanen Schwangerschaft.

Es ist auch möglich, dass der „Kritzel“ noch komplexer ist. Eine weitere Bedeutung erschließt sich durch das Bild der darauf folgenden Therapiestunde.

10.1.3 Zweite Sitzung Frau A.: Bild 2 „Phantasiereise zu einer Landschaft mit einem Baum“³¹, Jaxon-Ölwachskreide, Format 40 x 40 cm



Entstehungsprozess:

Dieses Bild entstand nach einer angeleiteten Phantasiereise zu einer Landschaft mit einem Baum. Frau A. verlangte dasselbe Papier und dieselben Wachskreiden, die sie in der vorangegangenen Stunde verwendet hatte.

Bildbeschreibung:

³¹ Dies ist ebenfalls nicht der Titel des Bildes, sondern kennzeichnet die Phantasiereise, die der Gestaltung voranging.

Das Bild erstreckt sich als ein diagonal verlaufender Fluss mit links angrenzendem Grün mit einer Baumreihe von links unten nach rechts oben. Der Flusslauf und das Grün mit der angrenzenden Baumallee erscheinen wie zwei Viertelkreise, die mit einem Zirkel gezogen wurden; drei nebeneinander liegende Schichten oder Streifen: Bäume, Grünfläche und Flusslauf. Rechts oben ist eine große Sonne in einem Gelb-Orange zu sehen, das auch auf der grünen Wiese und dem Flusslauf reflektiert. Das Grün ist vorherrschend mit Unterbrechung durch die braunen Baumstümpfe, das Gelb und Blau sind ungefähr gleich verteilt. Die Bäume stehen am linken Rand des „Grünstreifens“, wobei die ersten drei Bäume – mit deutlich ausgeprägten Wurzeln – nicht im Grün stehen, sondern quasi in der Luft hängen. Diese vorderen Bäume sind durch schwarze Farbstriche dunkler als der Rest der Bäume, wobei auch einige Stellen am Stamm und in der Krone weiß gelassen wurden. Im Verlauf der Baumreihe wirkt das Grün satter und nach zwei dunkleren Baumkronen nach den vorderen schwarzen wird das Grün heller durch Gelb, das auch für die Sonne verwendet wurde. Ein Baum, der sich direkt unter der Sonne befindet steht in einem größeren Abstand zu den benachbarten Bäumen als die anderen. Die Baumkronen haben alle eine ähnliche Form, oben schmaler und zum Baumstamm hin breiter. Es scheint, als wären zunächst die Umrisse gemalt und dann die Baumkronen mit einer Art kreisenden Bewegung ausgemalt worden.

Die Sonne ist durch die Ränder des Blattes oben rechts angeschnitten. Das Innere der Sonne ist in eine Richtung schraffiert, von links unten nach rechts oben. Ebenso sind das Grün und der Flusslauf hauptsächlich in dieser Schraffurrichtung ausgestaltet, wobei die Richtung am unteren linken Rand auch mehr durcheinander und kreuz und quer verläuft, insbesondere dort, wo das Grün und das Blau durch Schwarz verdunkelt sind.

Die Farben des linken unteren Randes sind durch schwarze Schraffuren verdunkelt, die obere rechte Hälfte wirkt durch das Gelb-Orange erhellt und strahlend. In der Mitte des Verlaufs sind die Farben Grün und Blau abgegrenzt und unvermischt, aber auch um Nuancen heller werdend in Richtung Sonne rechts oben. Der linke obere und der rechte untere Rand sind weiß gelassen.

10.1.4 Interpretation des Materials aus der zweiten Sitzung

Der Flusslauf und das Grün mit der angrenzenden Baumallee sind deutlich voneinander abgegrenzt durch Umrisslinien in der jeweiligen Farbe, wirken wie ein

Viertelkreis mit mehreren Schichten und wie mit einem Zirkel gezogen. Durch die klare Abgrenzung der einzelnen Bereiche (Bäume, Grün, Wasser) erinnert dieser Bildausschnitt an einen Weg oder eine Straße, beziehungsweise an einen Abschnitt eines Weges, eventuell an einen Lebenswegabschnitt, möglicherweise die Schwangerschaft oder die Zeit von Beginn der Komplikation an bis zur Entbindung. Beim Betrachten des Bildes exploriert Frau A. ihr Bild in diesem Sinne:

- P.S.: (...) Ich kann Ihnen auch anbieten das Bild mal n bisschen weiter weg zu halten´.
- Frau A.: Ja.
- P.S.: Also (äh) (...) da ändert sich manchmal auch mal die Perspektive´.
- Frau A.: Ah, mir wird schon warm unter der Decke.
- P.S.: Warm, ja? (...) Und Sie können mir sagen was zum Beispiel jetzt die richtige Entfernung wäre, wie würden Sies zum Beispiel jetzt -
- Frau A.: Weiter weg, auf jeden Fall.
- P.S.: Weiter weg?
- Frau A.: Ja genau. Stop. (...) Ah ja, ja sieht jetzt wieder n bisschen anders aus muss ich sagen, also - mh. Ja ziemlich düster am Anfang, also -
- P.S.: Ja?
- Frau A.: - würd ich jetzt sagen, irgendwie wie - die Bäume sind auch irgendwie so ineinander und des Wasser sieht mir so (pfff) nach (...) ja sieht aus wie so n Lichtblick dahinten ehrlich gesagt (lachen) sieht irgendwie viel freundlicher aus.
- P.S.: Hmhm. (...) Soll ichs nochmal bisschen weiter weg halten, wies dann aussieht?
- Frau A.: Ja. (...)
- P.S.: So ganz weit weg.
- Frau A.: Ah ja. (...) Ja stimmt, dann sieht man so alles in allem irgendwie besser einfach, ja.
- P.S.: N gewissen Abstand?
- Frau A.: Ja.
- P.S.: So diesen ganzen Lauf an an diesem -
- Frau A.: Ja der Verlauf, der kommt irgendwie mehr raus einfach so, dann dieses Weite und (...) ja ich denk mir das war so die düstere Anfangszeit hier (lachen) hier unten und ich weiss auch nicht, sieht irgendwie aus wie wenn ich mich freu nach Hause zu kommen (lachen).
- P.S.: Ah ja.
- Frau A.: Glaub ich zumindest.
- P.S.: Hmhm.
- Frau A.: Ich steh wahrscheinlich jetzt hier irgendwo (Lachen). Das sind noch meine vier Wochen hier im Krankenhaus (Lachen). (...)
- P.S.: Und da scheint die Sonne.
- Frau A.: Ja. Aber hier is irgendwie so n Schnitt würd ich - also ich weiss nicht.
- P.S.: Ja, da is n Schnitt. Ja.
- Frau A.: Ja.
- P.S.: Da wird's hell.
- Frau A.: S is so der Übergang so jetzt. Vielleicht seh ich mich jetzt irgendwo hier.
- P.S.: Hmhm.
- Frau A.: Aber das is ja auch irgendwie so, das sind so zwei Drittel irgendwie sieht des aus und so s is so das letzte Drittel jetzt so das is so der (...) ja -
- P.S.: Der Endspurt.
- Frau A.: - der Endspurt genau.
- (Frau A., 2. Sitzung, S. 6, Z. 28-51 bis S. 7, Z. 1-22)

Die Richtung erscheint vom linken unteren Bildrand nach oben rechts zur Sonne hin, vom Dunklen ins Helle, sozusagen vom Diffusen und Schwierigen hin zur Klarheit, möglicherweise zum guten Ausgang der Schwangerschaft.

Frau A. sieht sich selbst noch mitten auf dem Weg, noch mitten drin im Geschehen, aus dem Dunklen bereits herausgetreten aber noch nicht am Ziel. Dies spiegelt ihre Situation zu diesem Zeitpunkt wider, die akute Krise, die Bedrohung durch eine Frühgeburt ist abgewendet, aber die Geburt zum richtigen Zeitpunkt, wenn das Baby gute Überlebenschancen besitzt, steht noch bevor. Im Bild könnte dies durch die chaotische Schraffur unten links dargestellt sein. Dieses krisenhafte Ereignis könnte Frau A. den inneren Halt genommen haben, was sich in den Bäumen widerspiegelt, die anfangs noch starke Wurzeln zeigen und später in der Luft zu schweben scheinen.

Vergleicht man das Bild, das in der ersten Stunde entstanden ist, mit diesem Bild der zweiten Stunde, ist zu erkennen, dass Frau A. dieselben Farben gewählt hat: Blau, Grün, Orange. Besonders die Sonne erinnert an den orangefarbenen Kopf der knienden Figur. Wenn man das gedrungene Männchen auseinander ziehen würde, könnte es beispielsweise einen solchen Flusslauf darstellen. Das könnte bedeuten, dass sich das Bild der ersten Stunde, das sich für Frau A. nicht wirklich erschlossen hatte, hier nun gestalterisch „entfaltet“. Die Bedeutung des Weges, der Schwangerschaft mit der Komplikation und des daraus resultierenden Klinikaufenthaltes wäre als ein Aspekt des komplexen Bedeutungsgehaltes bereits komprimiert darin enthalten.

**10.1.5 Dritte Sitzung Frau A.: Bild Nr. 3 „Der Ort, an dem ich mich wohl fühle“³²,
Aquarellfarbe, DIN A3**



Entstehungsprozess:

Frau A. entschied sich für Aquarellfarbe und ein rechteckiges Aquarellpapier im Querformat.

Dieses Bild entstand nach einer Entspannungsphase mit einer inneren Reise zum „Ort an dem ich mich wohlfühle“ (S. 41, Phantasiereisen und Imagination).

Bildbeschreibung:

Zu sehen ist eine nackte, offensichtlich schwangere Frau im Profil. Der linke Arm ist angewinkelt, der rechte in Richtung linkes Knie ausgestreckt. Aus dieser Perspektive erinnert die Position an Krabbeln oder Liegen. Die Beine sind angewinkelt, die Knie zeigen zum unteren Bildrand, wobei das rechte Bein etwas weiter nach hinten zeigt. Dadurch ragt der linke Fuß über die braune, kreisförmige Umrandung, auf der sich die Frau befindet, hinaus in den blau-grünen Hintergrund. Dieser Hintergrund steht im Gegensatz zum Bildmittelpunkt: Die nackte Frau befindet sich auf einer kreisförmigen Unterlage in warmen Braun- und Beigetönen, der Hintergrund ist in

³² Diese Beschreibung ist der Titel der angebeliteten Phantasiereise.

kühlen Blau-Grüntönen gestaltet, die sich in mit blasen- oder kreisartigen Kringeln um den brauen Kreis zu bewegen scheinen.

Der Kopf der Frau ragt ebenfalls über den inneren großen braunen Kreis ein Stück hinaus, scheint ihn quasi zu durchstoßen. Das Profil-Gesicht ist nur durch den Umriss angedeutet, die langen Haare zusammengebunden. Die gesamte Kontur des Körpers ist etwas dunkler gemalt als der Körper an sich, wobei sich diese Kontur sowohl an Gesäß und Oberschenkel als auch an Kopf und Haaren teilweise auflöst und der Körper mit dem Untergrund zu verschwimmen scheint. Auch ist die rechte Hand an Daumen und Zeigefinger stark konturiert, die Handkante dagegen scheint ebenfalls zu verschwimmen. Das Braun der Körperkontur korrespondiert mit der braunen Umrandung des kreisförmigen Untergrundes, auf dem die Frau liegt oder krabbelt. Diese dunkle Umrandung ist sehr deutlich, trennt das warme Braun des Zentrums des Bildes von dem kühleren Grün-Blau des Hintergrundes, ein deutlicher warm-kalt Kontrast. Der Genitalbereich der Frau ist ebenfalls durch dieses dunklere Braun markiert. Der große braune kreisförmige Untergrund stößt an den unteren Bildrand: Der rechte grün-blaue Hintergrund erscheint dunkler als der linke. Innerhalb des Bildes sind hauptsächlich Kreisformen zu sehen, keine eckigen Formen, allenfalls Winkel durch die Haltung der Gelenke. Das linke Knie bildet mit der rechten Hand und dem Bauch eine Dreiecksform. Dennoch wirkt das Bild sehr organisch, auch in der Farbgebung durch die erdigen Farbtöne im Zentrum und die runden Formen sowohl im Bildmittelpunkt als auch im grün-blauen Hintergrund.

10.1.6 Interpretation des Materials der dritten Sitzung

Frau A. konnte in der Entspannungsphase mit anschließender Phantasiereise ein inneres Bild ihres „Ortes, an dem sie sich wohl fühlt“ entwickeln. Sie nannte ihr eigenes Wohnzimmer mit dem flauschigen Teppich:

- P.S.: Hmhm. (...) Wenn Sie möchten, können Sie die Augen schließen'. (...) Und och (...) ma den Atem wahrnehmen (...) wie er fließt (...) wie er im Moment ist (...) und wenns eine Stelle in ihrem Körper gibt, (...) wo (...) wo Sie etwas wie Schmerz oder (äh) Verspannung spüren, können Sie dort auch ihren Atem hinschicken und sagen: Laß los. (lange Pause) Und jetztmöcht ich Sie einladen, sich einen Ort vorzustellen, an dem Sie sich ganz besonders wohl fühlen. (lange Pause) Wie sieht dieser Ort aus? (...) Welche Qualitäten hat er?
- Frau A.: (...) Das warme Wohnzimmer.
- P.S.: Das Wohnzimmer?
- Frau A.: Hmhm.
- P.S.: Hmhm.
- Frau A.: (...) Hm. (...) Besonders mein Teppich vorm Fernseher, wo ich immer gerne lieg.
- P.S.: Hmhm. (...) Ja dann gehen Sie da mal in Gedanken hin. (...) Und machen in dem Raum, das was Sie - wozu Sie Lust haben.
- Frau A.: (...) Mich hinlegen, Fernseh schaun.

P.S.: Hmhm. (...) Und der Teppichboden - welche Qualität hat der Teppichboden, auf dem Sie dann da liegen?

Frau A.: Flauschig. N runder Teppich.

P.S.: Hmhm.

Frau A.: (unverständlich) Farbe.

P.S.: Hmhm. (...) Bleiben Sie noch einen Moment, wenn Sie möchten, mit dem Gefühl, das Sie haben, an diesem Ort wo Sie sich wohlfühlen. (lange Pause) Wie fühlt sich das an?

Frau A.: Hm, angenehm, erleichtert', (...) geborgen', (lange Pause) hm, vielleicht befreit' (...) und entlastet.
(Frau A., 3. Sitzung, S. 3, Z. 24-50)

Im Zentrum des Bildes liegt eine Frau, Frau A., auf einer kreisförmigen Fläche in einem warmen Branton, ihr Wohnzimmerteppich. Um den Teppich herum befindet sich ein kühler grün-blauer Hintergrund mit etwas dunkleren kreisförmigen Elementen, die wie Blasen oder Strudel aussehen.

Frau A.: Ja. Und ich denke, dass so diese Wirbel drumherum jetzt einfach so dieses Unbeständige dieses (äh) Wechselhafte einfach glaub ich -

P.S.: Hmhm.

Frau A.: - auch so vielleicht von hier jetzt so vom Krankenhausleben und und dieses (ähm) ich weiß nicht, also fühl mich halt dann teilweise auch so als könnt ich irgendwie mich selbst nicht irgendwie bestimmen, was ich gerne mö- machen möchte, man is ja doch immer drauf angewiesen oder dem Willen Anderer ausgesetzt im Endeffekt und das is so meine Welt irgendwie denk ich mir -

P.S.: Hmhm.

Frau A.: - wo man einfach die Tür zumacht oder einfach dann hier drinnen ist und sagt: Okay.

P.S.: Ja. So selbstbestimmend selbst für sich auch seine Ruhe haben -

Frau A.: Genau.

P.S.: - und da is so Vieles was von Außen kommt, was man nicht beeinflussen kann -

Frau A.: Ja.

P.S.: - wechselhaft, wechselnde Nachbarn, wechselnde Schwestern, Ärzte -

Frau A.: Ja genau.

P.S.: - die auf Einen zugehen, wie sie ja auf Einen eben zugehen -

Frau A.: Ja genau. Meistens dann, also ich mein (ähm) ja, die ham auch nich immer jeden Tag n guten Tag also von daher und man is dem ja ausgesetzt, also man kann ja nich sagen: Okay, wenn Du schlechte Laune hast, dann geh ich jetzt einfach und dann seh ich Dich nich, sondern ich seh Dich ja von sechs Uhr früh bis zwei oder halb drei Uhr Nachmittag oder so, also mh ich denk, dass so dieses Wirbelige drumherum -

P.S.: Ja.

Frau A.: - einfach und der Wunsch dem vielleicht zu entfliehen dann.
(Frau A., 3. Sitzung, S. 8, Z. 4-30)

Der Kopf und der Fuß ragen über den Geborgenheit spendenden Teppich hinaus. Dies könnte bedeuten, dass Frau A. sich selbst in der Vorstellung eines wohligen Ortes nicht völlig geborgen fühlt, sondern sich quasi „mit einem Bein“ im „Strudel“, in der Unruhe befindet:

P.S.: Hmhm. Und hier lugt so ein Fuß raus, wie is das für Sie, wenn Sie das anschauen?

Frau A.: (...) Hm. Stimmt. (lange Pause) Hm. (lange Pause) Ja das macht halt dann doch irgendwie wieder angreif- oder greifbar für Draußen, irgendwie also, hm. Keine Ahnung. Des is mir gar nicht jetzt so aufgefallen ehrlich gesagt.

P.S.: (unverständlich) ganz ganz kleine Fläche', weil im Gegensatz zu dem Rest ist das ja relativ klein -

Frau A.: Hmhm. Genau.

P.S.: - was da so rauslukt'. Vielleicht hier noch oben ganz bisschen noch.
 Frau A.: Der Kopf da ja. (...) Ja vielleicht steh ich irgendwie mit einem Bein in diesem Trubel noch drinnen vielleicht, ich weiß es nich, also.
 P.S.: Hmhm. (...) Also n bisschen was von dem Trubel bekommen Sie dann sozusagen schon mit?
 Frau A.: Ja.
 (Frau A., 3. Sitzung, S. 7, Z. 6-19)

In dem Bild, das Frau A.s „Wohlfühlort“ darstellt, wird der Wunsch nach Geborgenheit, Privatsphäre und Intimität deutlich. Die durchstoßenden Körperteile könnten die Realität - den momentanen Zustand- zeigen, nämlich dass Frau A. noch nicht zu Hause ist, sondern in einem Zweibettzimmer im Krankenhaus:

Frau A.: Oder vielleicht is das einfach auch nur so der Wunsch (ähm) nach (ähm) Sicherheit und Zuhause und und Geborgenheit und vielleicht is des der kleine Teil, den ich jetzt - wo ich mich jetzt grade - irgendwie ich weiß nich - vielleicht noch befinde, weil des sind ja noch - is ja nich mehr lang hier im Endeffekt -
 P.S.: Hmhm.
 Frau A.: - vielleicht is das so und wenn wenn der Fuß jetzt nich mehr da wär, dann hätt ich ja schon vollkommene Sicherheit und und alles, aber vielleicht is das noch so dieses kleine bisschen was noch fehlt im Endeffekt, würd ich sagen
 (Frau A., 3. Sitzung, S. 7, Z. 20-31)

Andererseits könnte der durchstoßende Fuß und Kopf auch die aufgetretene Komplikation beschreiben, nämlich dass das Baby frühzeitig herausdrängte aus dem Uterus. So wäre der Teppich der Uterus und die kühle unruhige Umgebung die Welt außerhalb des Mutterleibes, die für ein Frühgeborenes noch feindlich sein kann. Zwischen den Beinen ist eine dunklere Stelle zu sehen, die einerseits Schambehaarung sein könnte, zum anderen könnte dies aber auch unbewusst die bereits erlebte Fehlgeburt des ersten Kindes beschreiben:

Frau A.: - und da hab ich mich wieder ins Bett gelegt und hab dann zu meinem Freund gesagt: Bitte schau mal - und der hat gesagt: Mensch, du hast ne schwarze Kugel zwischen den Beinen.
 P.S.: Hmhm.
 Frau A.: Und dann sind wir sofort, also wir ham sofort den Notarzt angerufen und dann ist mir auch die Fruchtblase noch im im im Bett geplatzt, ja und das wars dann (schnalzt mit der Zunge).
 (Frau A., 1. Sitzung, S. 14, Z. 11-17)

Das Bild könnte auch an eine Gebärmutter erinnern und die nackte Frau im Inneren könnte der werdende Mensch sein, die werdende Mutter quasi, die bereits jetzt schon, zu einem verfrühten Zeitpunkt, mit Kopf und Fuß herausdrängt, beispielsweise aus einer alten Situation, der Paarbeziehung ohne Kind, in eine neue Situation der Elternschaft mit der damit verknüpften Verantwortung.

In der Therapiestunde exploriert Frau A., dass das Bild ihren Wohnzimmerteppich darstellt, auf dem sie liegt und sich warm, sicher und geborgen fühlt. Sie erkennt, dass der über den Teppich herausragende Fuß bedeuten könnte, dass dieser schöne Zustand noch nicht wirklich eingetreten ist, sondern dass sie sich tatsächlich noch in einer riskanten Situation befindet, sozusagen noch „mit einem Bein“ in der Unruhe steckt.

Dennoch können die anderen Interpretationsmöglichkeiten ebenfalls Aspekte sein, die unbewusst Gestalt angenommen haben, beispielsweise die drohende Fehlgeburt der jetzigen Schwangerschaft, die abgewendet werden konnte aber die Situation noch immer nicht völlig risikofrei ist. Ebenso könnten in dem Bild die bereits erlittene Fehlgeburt und die damit verbundene Angst vor einem erneuten Verlust enthalten sein.

Die zuletzt genannten Interpretationen waren aber im Therapiesgespräch in direktem Bezug auf das Bild noch nicht bewusst enthalten, möglicherweise war dies für Frau A. zu diesem Zeitpunkt zu schmerzhaft, oder der Wunsch nach einem stabilisierenden „Wohlfühlort“ stand im Vordergrund, zumal der belastende, lange Zeit unverarbeitet gebliebene Anteil in der anwesenden Kunsttherapeutin produktiv und vertrauensvoll untergebracht werden konnte, d.h., dass die Kunsttherapeutin es wahrgenommen und aufgenommen hat, um es in einem passenden Moment anzusprechen.

10.1.7 Vierte Sitzung Frau A.: Bild Nr. 4 „Bewegung“³³, Deckfarbe, DIN A3



Entstehungsprozess:

Dieses Bild entstand nach einer Entspannungsphase mit dem anschließenden Thema „Was wünsche ich mir?“ (S. 41, Phantasiereisen und Imagination).

Frau A. entschied sich für Deckfarbe und das Format DIN A3 im Querformat.

Bildbeschreibung:

Zu sehen ist ein junger Mensch mit langen blonden Haaren auf einem Fahrrad mit roten Reifen. Die Bewegung, bzw. Schnelligkeit der Radfahrerin wird verdeutlicht durch Zeichen in Form von grauen Strichen ausgehend von Hinterkopf und Rücken und auf dem Weg unterhalb der Räder. Die Bewegung geht von links nach rechts. Die Radfahrerin befindet sich mit Kopf und Armen genau im Zentrum des Bildes. Um die Figur herum rankt sich in spitzer Zickzack-Form eine Umrandung wie eine Gloriele, die an ein Tor oder einen Weg erinnern könnte. Links außen beginnt diese Umrandung mit einem Ockergelb, die zweite Schicht, die daran direkt anschließt ist grün, daran anschließend kommt eine blaue Schicht, die sich relativ am Anfang mit

dem Grün vermischt und nach ungefähr zwei Dritteln des Weges noch mal dunkler wird. Die gelbe Schicht umschließt nicht den gesamten Bogen, sondern geht nur bis zum oberen Bildrand, etwas mehr als ein Drittel des Bogens. Im oberen rechten Bildviertel befindet sich ein Kettenkarussell mit vier Sitzen. Das Karussell ist ebenfalls, wie die Radfahlerin, in Bewegung, was durch geschwungene Linien angedeutet ist. Das Karussell scheint in der Luft zu schweben, denn es hat kein Standbein oder Fuß, die Überdachung ist rot-orange und sieht aus wie ein Schirm. Sowohl der Schirm, als auch zwei der Sitze ragen in die farbige Gloriole herein, ein Sitz sogar bis hinter die blaue Schicht in den Bereich der Radfahlerin.

Die Radfahlerin ist mit warmen Farben gemalt (Gelb, Orange, Braun), das Gesicht im Profil ist nur schemenhaft angedeutet.

Das Dach des Karussells sticht heraus durch das Rot-Orange, das sich auch in den Rädern des Fahrrades zeigt. Fahrrad und Karussell korrespondieren in der Farbigkeit von Rot (Dach und Reifen) und Schwarz (Sitze mit Ketten und Speichen).

Innerhalb des Bildes gibt es zwei ikonische Zentren, das Fahrrad und das Karussell, die sich aufeinander zu bewegen. Die Radfahlerin fährt von links nach rechts, die Richtung, in die sich das Karussell bewegt, ist nicht eindeutig. Das Fahrrad fährt auf der Erde, das Karussell scheint zu schweben. Das Fahrrad wird von der Radfahlerin bewegt, im Karussell sind trotz Fahrt alle Plätze, beziehungsweise Sitze frei.

10.1.8 Interpretation des Materials der vierten Sitzung

Die Person auf dem Fahrrad im Zentrum des Bildes stellt vermutlich Frau A. dar, einerseits, weil das Einstiegsthema dieser Stunde „Was wünsche ich mir?“ war, andererseits, weil die Fahrrad fahrende Person ähnlich lange blonde Haare hat wie Frau A.

Ein weiteres ikonisches Zentrum ist das Karussell rechts von der Person auf dem Fahrrad. Beide Zentren sind stark in Bewegung, was durch die schwarzen Striche angedeutet ist. Bewegung scheint in diesem Bild eine große Bedeutung zu haben.

- Frau A.: Noch schnell was ausprobieren. (lacht) Ja. (malt weiter ca. 1 Minute). So, das wärs eigentlich.
P.S.: mhm...Auf dem Fahrrad fahren Sie?
Frau A.: Ja ´
P.S.: Es ist ein Volksfest?
Frau A.: Würd ich nicht mal sagen, also, ähm, ich wollte das eigentlich auch noch in Bewegung malen. Das soll ja irgendwie auch darstellen, dass sich das bewegt. Ich würd vielleicht

³³ Dieser Titel bezeichnet das Thema der Stunde.

sagen, (atmet hörbar aus) ich weiß auch nicht, es ist ja irgendwie alles in Bewegung in dem Bild finde ich, also von daher

P.S.: mhm

Frau A.: Von daher ist es jetzt kein ruhiges Bild in dem Sinne

P.S.: Also da ist was in Bewegung, Sie sind in Bewegung, und um Sie herum ist auch Bewegung.

Frau A.: Genau. Würd ich jetzt sagen
(Frau A., 4. Sitzung, S. 8, Z. 41-48)

Mit dem Fahrrad fahren, quasi sich aus eigener Kraft fortbewegen, kann Autonomie oder den Wunsch nach Autonomie bedeuten. Die Bewegung und die Selbstbestimmung ist in der Zeit des Klinikaufenthaltes äußerst eingeschränkt.

Frau A.: Ich denk einfach, vielleicht drückt es auch einfach den Wunsch aus, zu sagen ich möchte einfach mal wieder machen, was ich will. Denk ich schon. Weil heute habe ich auch so einen Tag, wo ich sag „hoach“ (stöhnt), ich würd gern mal raus. Und vielleicht drückt das das ja aus. Ich weiß nicht, ich habe heute Nacht auch davon geträumt, und einfach so dieses Unbeschwerte, so zu sagen, ich fahr jetzt einfach so drauf los, da ist wieder Bewegung irgendwie da, und nicht so dieses stupide vor sich hinbrüten so irgendwie im Bett oder so

P.S.: mhm
(Frau A., 4. Sitzung, S. 8, Z. 41-48)

Die Gloriole, die sich um das Fahrrad rankt wie ein Tor oder Tunnel hat wieder die Farbigkeit der ersten beiden Bilder („Blinder Kritzel“; „Phantasiereise zu einer Landschaft mit einem Baum“): Gelb-Orange, Grün und Blau. Dieser farbige Bogen erinnert an die Landschaft der zweiten Stunde mit der Baumallee, dem Grünstreifen und dem Flusslauf, wobei das Gelb-Orange der Sonne in dem Flusslauf-Bild im oberen rechten Bildrand angesiedelt war und sich hier nun das Gelb-Orange am linken Bildrand befindet. So könnte man sagen, dass Frau A. den Wunsch verspürt, sich aus der Zeit der Schwangerschaft, die die Komplikation, die Krankenhauszeit und die damit verbundenen Einschränkungen mit sich bringt, herauszubewegen.

P.S.: Sie sagten ja das letzte Mal, mh, dass man da so abhängig ist.

Frau A.: Ja genau. Man fühlt sich ja richtig ausgeliefert im Endeffekt. Also, es ist halt dann kein schönes Gefühl dann auch. Man weiß ja, wenn man jetzt klingelt und braucht irgendwas, dann steht die Schwester wieder da und, man braucht sie ja irgendwie (lacht). Das ist ja das. Und vor allen Dingen das vergiftet ja auch irgendwie so ein bisschen die Atmosphäre, wenn die Schwester so reinkommt und so ein Gesicht zieht, und einen dann so kühl von oben herab behandelt. Oder es ist natürlich auch schöner, wenn jemand reinkommt und dann nett ist und sich unterhalten will und joa...

P.S.: Ja. Ich frag jetzt nur noch mal, war das dieser Konflikt einmal mit den Hebammen mit dem CTG gewesen?

Frau A.: Ja genau. (...)
(Frau A., 4. Sitzung, S. 2, Z. 28-40)

In der Klinik empfindet sich Frau A. zum einen abhängig vom Klinikpersonal und von der zwischenmenschlichen Atmosphäre, zum anderen wird die Angst, vor einer

erneuten Fehl- oder Frühgeburt aktualisiert, da andere Patientinnen im selben Zimmer von Frau A. als Ansteckungsgefahr erlebt werden.

Frau A.: Und dann war ja noch einmal, da hatte ich ja zwei Bettnachbarinnen` die eine wusste ich ja nicht was sie hat am Anfang, da kamen ja dann immer die Schwestern rein und haben dann gesagt, sie war auch Türkin muss ich dazu sagen, sie konnte auch kein deutsch, wir konnten uns auch nicht unterhalten oder austauschen, was hast Du, was hab ich, die haben dann nur immer gesagt: „So, Frau...“ ich weiß jetzt gar nicht mehr wie sie hieß, mhm, „jetzt spülen wir mal den Dreck da unten raus“ und das klang für mich alles so (Laut des Erschreckens, zieht dabei die Luft schnell ein) nach: Hilfe Infektion! Bakterien!. Und das Schlimmste, was mir natürlich passieren kann jetzt in der Situation sind irgendwelche Infektionen, und dann habe ich dann halt wirklich gefragt, ob ich in ein anderes Zimmer kann, ich würde mich nicht wohlfühlen und wie das denn aussieht für mich als Patientin, bin ich da irgendwelchen Gefahren ausgesetzt, kann ich da irgendwas kriegen, und da hat die Ärztin gesagt, „Ach nee, also machen Sie einfach nur das Klo sauber, sprühen Sie mit Sakrotan drüber. Wenn Sie jedes Mal das machen, dann ist das schon in Ordnung.“ Ich bin dann wie eine Verrückte mit Lappen und Sakrotan (lacht) bewaffnet rumgelaufen und das dann bei zwei Patientinnen hintereinander. Obwohl die zweite Patientin, hatte genau dieselbe Geschichte wie ich...

P.S.: Ja`

Frau A.: die hatte dann aber einen Blasensprung durch irgendwelche Bakterien gehabt, und das Kind ist zu früh auf die Welt gekommen. Und da hat sie dann auch von sich aus gesagt: „Fragen Sie doch mal nach, das kann echt gefährlich sein für Sie, ich mein, vielleicht werden Sie verlegt, oder vielleicht hat es auch gar nichts zu bedeuten. Im Endeffekt

P.S.: mhm.

Frau A.: Und dann habe ich da noch mal gefragt und dann war ich so ein bisschen der Störenfried. Da habe ich auch gefragt, ja ist da irgendwie eine Gefahr und ich fühle mich nicht wohl und da ist ja auch psychologisch nicht schön

P.S.: mhm

Frau A.: Ich mein, die Frau hat dieselbe Geschichte und kriegt in der dreißigsten ihr Kind, äh, in der dreißigsten Woche ihr Kind, und das war dann auch ziemlich belastend für mich, ehrlich gesagt.

P.S.: mhm.

(Frau A., 4. Sitzung, S. 2, Z. 40-51 bis S. 3, Z.1-14)

Durch die bereits erlittene Fehlgeburt ist Frau A. sensibilisiert und verängstigt. Durch das Schicksal der Bettnachbarin wird der traumatische und nicht verwundene Verlust des ersten Kindes aktualisiert. Die Ängste, die Frau A. sehr belasten, beeinträchtigen sie in ihrer psychischen Stabilität.

Das Karussell hat insgesamt vier Plätze, auf denen zurzeit niemand sitzt, obwohl sich das Karussell bewegt.

Das rote Dach des Karussells erscheint wie ein Schirm, erinnert möglicherweise auch an den „Blinden Kritzel“ der ersten Stunde, an den „Helm“. Dieses Karusselldach könnte sich beschützend oder abschirmend über die vier leeren Sitze erstrecken. Jeder Sitz könnte für ein Familienmitglied stehen, für Frau A., ihren Lebenspartner, das Baby im Bauch und das verstorbene Baby. Wenn man die Gloriele als Zeit der Schwangerschaft betrachtet, dann ragen zwei Sitze quasi noch

in die Zeit der Schwangerschaft, das erste Baby, das die Schwangerschaft nicht überlebte und das Baby, das sich zu diesem Zeitpunkt noch im Bauch befindet. Diese Bildbedeutung war Frau A. zu diesem Zeitpunkt allerdings nicht bewusst, aber die Angst, die durch den Tod des ersten Kindes ausgelöst und durch die jetzige Komplikation aktualisiert wird, ist auch in dieser Stunde wieder Thema.

10.1.9 Fünfte Sitzung: Bild Nr. 5 „Was bewegt mich heute?“³⁴, Collage auf fliederfarbenem Papier, DIN A3



Entstehungsprozess:

Dieses Bild entstand nach einer Entspannungsphase mit dem anschließenden Thema „Was bewegt mich heute?“ Dieses Thema knüpft an dem gestalterisch geäußerten Wunsch der letzten Stunde nach „Bewegung“ an, wobei es hier nicht um die sichtbare körperliche Bewegung, sondern um die Bewegungen im Inneren geht. Frau A. entschied sich für die Form der freien Collage (S. 46, Freie Collage). Als Untergrund für die Collage nahm Frau A. ein fliederfarbenes Papier in DIN A3 Format.

Bildbeschreibung:

³⁴ Der Titel beschreibt das Thema der Stunde.

Bunte Zeitungsausschnitte mit Schrift und Bildern sind auf dem fliederfarbenen Untergrund arrangiert. Ein Ausschnitt mit dem Text: „Lebenskunst: Die Balance zwischen Muss und Muße“ ragt deutlich über den linken unteren Rand hinaus. Die Ausschnitte sind teilweise mit der Schere herausgeschnitten, teilweise herausgerissen. Im Zentrum der Collage befindet sich eine weibliche Person in einem Badeanzug, die einen Kopfsprung macht. Daneben ist ein Ultraschallbild und rechts daneben eine Geburtsszene mit einer in den Presswehen auf dem Rücken liegenden Frau, hinter ihr ein Arzt in OP-Kleidung. Unterhalb der Geburtsszene ist ein gezeichneter Arzt in OP-Kleidung zu sehen, der sich gerade einen Gummihandschuh über die rechte Hand streift. Er scheint zu schwitzen und die Augen sind weit aufgerissen. Im linken unteren Bildabschnitt hat Frau A. ein Bild mit Blumen, vermutlich eine Orchideenart geklebt. Auf diesem Ausschnitt ist das Wort: „schöner“ zu erkennen. Über einen Teil des Blumenbildes ragt die Frau in der Kopfsprunghaltung bis zur Hüfte/ Beinansatz. Rechts neben den Beinen erkennt man einen Schriftzug: „Mutter und Kind“, wobei der Buchstabe „r“ bei „Mutter“ überklebt wurde.

In der oberen Bildhälfte ist schräg vom Zentrum ausgehend ein gezeichnetes Haus zu sehen. Der Hintergrund dieses Ausschnittes ist links weiß und rechts rot, wobei der rote Anteil ungefähr dreimal so groß ist. Das Dach des Hauses hängt an einem Haken und schwebt oberhalb der Hausmauern. Das Dach könnte entweder gerade auf die Mauern aufgesetzt oder heruntergenommen werden. Schräg rechts über das Hausbild geklebt befindet sich der Schriftzug: „Mein Haus“. Ebenfalls ein Stück über das Hausbild ragend zeigt ein gemalter grün-gelber Frosch mit der rechten Hand auf das Haus, seine linke Hand zeigt mit dem Zeigefinger in die Luft, als wolle er auf das Haus aufmerksam machen. Die rechte obere Bildhälfte jenseits des Hauses beinhaltet noch vier Papierausschnitte. Ganz oben ist ein Foto mit zwei leeren Liegestühlen auf einer Terrasse zu sehen mit Blick aufs Meer. Die vorherrschenden Farben sind blau und weiß, und der Ort erinnert an ein südliches Land, eventuell Griechenland. Darunter ist ein Schriftzug geklebt: „Familienglück“. Dieses Wort ragt über das Hausbild knapp in den roten Hintergrund hinein. Links daneben befindet sich ein Bild einer lächelnden Frau/ Mutter, die ein/ ihr Baby in Händen hält. Das Bild ist allerdings nicht in der ursprünglichen Perspektive aufgeklebt, in der die Mutter auf das Kind herunterschaut und es von unten ihrem Gesicht entgegenhält, sondern hier scheint es, dass das Baby von oben zur Mutter herunterblickt. Durch die

Handhaltung der Frau wäre diese Haltung allerdings aufgrund der Schwerkraft nicht möglich, sie hat eine Hand am Hinterkopf des Babys und eine Hand am unteren Rücken.

Unterhalb dieses Bildes ist ein weiterer Bildausschnitt, der nicht gerade geschnitten aussieht: Vier gemalte Figuren ohne Gesichter, die sich an der Hand halten, drei davon sind gelb-orange, die vierte Figur ist blau. Die blaue Figur steht allerdings an dritter Stelle, also eingebettet zwischen den gelben Figuren.

Durch das schräg geklebte Hausbild und den Kopfsprung erscheint das Bild diagonal von rechts oben nach links unten unterteilt.

10.1.10 Interpretation des Materials der fünften Sitzung

Die Collage stellt verschiedene Aspekte von Frau A.s momentanem Gemütszustand dar, die im Folgenden näher betrachtet werden. Auffällig ist zunächst, dass ein Bild über den linken unteren Rand hinausragt, ähnlich wie beim dritten Bild der Fuß und der Kopf über den Teppich herausragen. Hier könnte wieder die Thematik des verfrühten Herauskommens, also die drohende Frühgeburt, verdeutlicht worden sein. Ich werde nun im Einzelnen verschiedene ausgeschnittene Bilder und Schriftzüge interpretieren:

Das Haus und die Frau während eines Kopfsprungs

Das Haus und die kopfüber springende Frau im Zentrum teilen das Bild diagonal in zwei Bereiche, rechte obere und linke untere Hälfte.

Das Haus ist noch nicht ganz fertig, beziehungsweise das Dach des Hauses schwebt an einem Haken über den Hausmauern. Einerseits könnte dies kurz vor der Fertigstellung des Hauses sein, andererseits könnte es auch einen Hausabriss bedeuten. Wahrscheinlicher erscheint allerdings die Errichtung, weil das Dach bei einem Abriss wohl nicht einfach von den Mauern abgenommen werden könnte. Das Dach könnte auch als Symbol für Schutz angesehen werden, ähnlich wie die Überdachung des Karussells (Bild Nr.4) oder der „Helm“ (Bild Nr.1). Der Zustand des Noch-Nicht-Fertig-Seins beschreibt auch Frau A.s momentanen Zustand, als „in der Schwebe“ (Frau A., 5. Sitzung, S. 6, Z. 25). Die neue kleine Familie ist noch nicht fertig, aber sie steht mittlerweile kurz vor dem Abschluss, das heißt, dass die Geburt des Kindes bald bevorsteht, und durch das Kind wird Frau A. mit ihrem Freund zu einer kleinen Familie. Der Hausbau könnte für den derzeitigen Wunsch nach „festen Mauern“ stehen, nach Familiengründung, sesshaft werden und ein „Nest bauen“. All

dies ist entweder noch in der Planung oder noch unsicher in der Fertigstellung. Dadurch, dass das Haus ziemlich im Zentrum steht und einen signalroten Streifen über sich gezogen hat, ist es ein Blickfang innerhalb der Collage. Das Haus scheint eine große Bedeutung zu haben:

„Das Haus ist so zentral...Tsja.“ (Frau A., 5. Sitzung, S. 7, Z. 42-43)

„Also das ist hier so die Idealvorstellung, glaube ich, so mein Haus, meine Familie, äh, mein Baby, und ähm, ja so Mutter und Kind, und vor allen Dingen Haus, da haben wir halt ganz viel drüber gesprochen, weil ähm, wir jetzt ein Haus planen, und wie wir das machen und alles“
(Frau A., 5. Sitzung, S. 6, Z. 8-13)

Neben dem Wunsch und der Vorfreude auf die weitere Planung und Umsetzung scheinen aber auch Unsicherheiten verknüpft zu sein, beziehungsweise auch ein gewisses Risiko. Das intensive Rot über mehr als der Hälfte des fast fertigen Hauses könnte auch alarmieren und nicht nur aufmerksam machen. Ebenso zielt der Kopfsprung der Frau mit weit ausgebreiteten Armen nicht beispielsweise in ein Schwimmbecken, sondern auf die Schriftzüge: „schöner“ und „Lebenskunst: die Balance zwischen Muss und Muße“. Dies könnte bedeuten, dass Frau A. kopfüber in einen neuen Lebensabschnitt springt in Richtung Positives, was aber auch mit einem Risiko verbunden sein kann:

Frau A.: (...)und das ist auch so glaube ich ein bisschen stellt das das Wagnis dar, also was jetzt vielleicht auch Haus betrifft und auch wie das so verläuft mit der Geburt und alles was da noch weiter verlaufen wird.
P.S.: mhm
Frau A.: Ja.
P.S.: Also da gibt es so zwei Seiten, die eine auch so ein bisschen die Zukunftsseite, also diese Vorstellungen
Frau A.: Genau.
P.S.: Da gibt es aber auch ne Seite, äh, wo Ängste mit verknüpft sind.
Frau A.: Genau, genau, klappt das alles so, und, und ja auch so ein bisschen das Wagnis mit dem Haus, also das Haus ist ja echt gut dargestellt (lacht) so mit dem Haken, also ich mein das ist natürlich alles noch in der Schweben, und ein bisschen unsicher, wird das alles so klappen.
P.S.: mhm.
Frau A.: Ja.
P.S.: Also das ist ja auch so eine Verbindung, einerseits der Wunsch und das Schöne, andererseits aber auch mit ein bisschen Unsicherheit verbunden
Frau A.: Genau, ob das alles so klappen wird, wie man sich das vorstellt, also „Familienglück“ und „Mein Haus“, das sind ja irgendwie so Idealvorstellungen, so Mutter und Kind und alles, und das ist mehr so, so ein bisschen so, die unsichere Seite an dem Ganzen auch.
(Frau A., 5. Sitzung, S. 6, Z. 14-36)

Die Geburt

Links unten befinden sich Bilder zum Thema Geburt, die eher Unangenehmes beschreiben. So empfindet es zumindest Frau A.:

Frau A.: (...) Ich hab auch so ein bisschen Angst vor der Geburt so langsam, wie das alles so klappt, hab mir ja auch schon überlegt, weil der Doktor X. wird ja auch die Geburt

machen, wie wird das sein, weil den Arzt kennt man ja jetzt auch schon, ich bin ja jetzt immerhin schon sieben Wochen da, auch irgendwie ein komisches Gefühl, ich mein, es ist ja nicht eine normale Situation, in dem Sinne, man gibt ja viel von sich preis in so einer Situation, dass man da irgendwie sagt, Mensch, der schaut mir jetzt voll zwischen die Beine, während ich hier, ich weiß nicht, Blut und Wasser schwitze, und das ist halt irgendwie ein bisschen unangenehmer Teil einfach.

P.S.: mhm.

Frau A.: So dieses Private einfach. Ich weiß nicht, Sie verstehen, was ich meine, oder?

P.S.: Ja also dieses ganz Intime auch, ähm, jemandem zu zeigen.

Frau A.: Genau, genau. Ja, da hab ich auch schon gesagt, Mensch, wie wird denn das sein, hab ich zu meinem Freund gesagt, du siehst den jeden Tag, und dann liegst du da total blank und gibst so dein Intimstes eigentlich preis im Endeffekt. Na ja.
(Frau A., 5. Sitzung, S. 6, Z. 33-50 bis S. 7, Z. 1-4)

Frau A. hat Ängste sich in ihrem intimsten Bereich offen und schwach zu zeigen: „(...) der schaut mir jetzt voll zwischen die Beine, während ich hier, ich weiß nicht, Blut und Wasser schwitze“. Die Geburt als Ausnahmesituation, in der sich Frau A. beobachtet, möglicherweise sogar bewertet fühlt durch den Arzt, den sie als sehr kompetent aber auch als dominant erachtet (siehe auch nächstes Zitat).

Das Bild mit dem Handschuh überstreifenden Arzt beschreibt Frau A.s Beziehung zu dem behandelnden Arzt und die von ihr empfundenen Ängste in Bezug auf die

Geburt:

P.S.: Ja...mh.. und die Beziehung zu diesem ...das ist der Chefarzt, der Dr. B.

Frau A.: Nee, der Oberarzt

P.S.: Der Oberarzt. Ähm, da ist halt schon auch so ne Beziehung jetzt entstanden, wo es dann peinlich ist, auch quasi sich dann so zu zeigen, oder?

Frau A.: Ja, ähm, ähm, ich muss dazu sagen, das ist eine recht dominante Person, also, sehr nett, und sehr kompetent, und ähm, aber sehr dominant so im Auftreten, aber halt einfach der beste Arzt hier.

P.S.: mhm.

Frau A.: Und der (Freund) hat auch gesagt „Mensch, wär ja blöd, wenn Du das bei irgendjemand machen würdest“, wir versuchen wirklich, ihn da ranzukriegen für die Geburt, weil ich mein, ist ja jetzt so nicht alles grad toll und in der Norm verlaufen, und er möchte da halt auch auf Nummer sicher gehen. Hab ich gesagt, gut, klar, das sehe ich ein, also das leuchtet mir ein, aber, einfach so dieses dominante Auftreten und dann überhaupt, man kennt sich schon, und so, das ist halt, und dann jetzt von **so** ner Person dann im Speziellen zu sagen, ich bin da jetzt total nackt und voll bloß in der Situation, das ist halt dann noch schwieriger, als wenn ich sage, das ist eine ganz nette Person, und butterweich, oder so was in die Richtung dann auch wahrscheinlich so.

P.S.: Mhm

Frau A.: beeinflusst dann auch noch. Wie wenn Sie jetzt dabei wären oder so. Also Sie sind jetzt nicht grad der dominante bestimmte Typ in dem Sinne. Sie sind ja mehr herzlich, und also, der Herr Doktor B. ist auch herzlich, halt immer auf so ne gewisse Art und Weise dann.

P.S.: Also schon auch dieses Verhältnis Arzt-Patient ist ganz stark auch.

Frau A.: Das ist ganz deutlich, so ein bisschen, glaub ich, also so empfinde ich so. Vielleicht empfindet es jemand anders nicht so. Das kann ja auch sein, das ist ja ganz subjektiv, subjektives Empfinden.

(Frau A., 5. Sitzung, S. 6, Z. 42-51 bis S. 7, Z. 1-20)

Frau A.s Ängste vor der Geburt beziehen sich stark auf ihr Verhalten während des Geburtsprozesses, insbesondere im Hinblick auf die Beziehung zum behandelnden

Arzt: „da ist halt schon auch so ne Beziehung jetzt entstanden, wo es dann peinlich ist, auch quasi sich dann so zu zeigen“.

Die Person des Arztes verkörpert für Frau A. eine Autorität mit dominantem Auftreten. Es scheint, als glaube sie, sie könne es in seinen Augen nicht gut machen, ihn eventuell enttäuschen, oder wo die Nacktheit im Intimbereich und das Unkontrollierbare einer Geburt durch die gewachsene Arzt-Patient-Beziehung noch intimer wird, sie sich stärker bloßgestellt fühlen könnte: „einfach so dieses dominante Auftreten und dann überhaupt, man kennt sich schon, und so, das ist halt, und dann jetzt von **so** ner Person dann im Speziellen zu sagen, ich bin da jetzt total nackt und voll bloß in der Situation, das ist halt dann noch schwieriger, als wenn ich sage, das ist eine ganz nette Person, und butterweich, oder so was in die Richtung dann auch wahrscheinlich so.“

Frau A. scheint sich in der Beziehung zu dem genannten Arzt klein und unterlegen zu fühlen, möglicherweise empfindet sie ein starkes Gefälle dadurch, was sie an Intimem preisgeben wird und welche Bedeutung das für sie hat. Für sie ist das Geburtsgeschehen ein elementarer neuer Schritt in ihrem Leben, etwas, was sie noch nie erlebt hat und vor allen Dingen, worin sie sich selbst noch nie erlebt hat. Für ihn sei sie lediglich eine weitere Patientin, die er sachlich betrachtet und behandelt:

- Frau A.: Es wäre mir leichter, wenn ich ihn gar nicht kennen würde, ehrlich gesagt. Also da ist dann die Distanz da, da wär mir das dann auch total egal irgendwie. Das ist irgendwie anders, wenn man jemand schon so kennen gelernt hat, und und mit ihm viel unterhalten hat, und, ja, und dann auf einmal so was. Das ist schon irgendwie komisch.
- P.S.: Das ist zu dem Kennen lernen noch mal eine ganz andere Seite oder eine noch tiefere Seite´
- Frau A.: Ja, genau. Ich mein, klar, ihm ist das egal also. Er sieht das wahrscheinlich wie ein Automechaniker, oh ein neues Auto (lacht), da muss irgendwas gemacht werden oder so. Der sieht das wahrscheinlich ganz sachlich und so, der sieht das´ wahrscheinlich nicht von der Seite und dem Aspekt wie ich.“
(Frau A., 5. Sitzung, S. 7, Z. 7-18)

Das unangenehme Gefühl durch das Beziehungsgefälle ist so stark für Frau A., dass sie sogar darüber nachdenkt, das Krankenhaus für die Geburt zu wechseln, obwohl sie den Arzt als sehr kompetent erachtet.

- Frau A.: Aber für mich ist es unangenehm´ irgendwie. Also ich hab mir da schon Gedanken drüber gemacht, hab schon gesagt, Mensch, können wir nicht in ein anderes Krankenhaus gehen? (lacht) aber...
- P.S.: So unangenehm auch
- Frau A.: Ja, ja
- P.S.: mhm.
- Frau A.: Ja, irgendwie schon, ja. Das ist auch hier so der Arzt (lacht)...
- P.S.: der sich die Handschuhe überstreift, so zack, zack, jetzt geht's los
- Frau A.: Ja, genau´ (lacht)
- P.S.: Und die Geburt als ein Ausnahmezustand, wo auf einmal Seiten vielleicht auch rauskommen, die Sie vielleicht selbst von sich noch nicht so kennen´

Frau A.: Ja genau, weiß man nicht? (lacht)...

P.S.: Wie wird das sein?

Frau A.: Also das ist dann wahrscheinlich auch schon so ein Erlebnis...fürs Leben dann auch, und, ja, bin ich schon gespannt drauf. Und hab auch ehrlich gesagt ein bisschen Angst davor. Aber, klar, ich glaub, jede Frau hat da irgendwie Angst davor. Kann mir keiner erzählen, die sagt: „Super, (lacht) endlich ist es soweit, toll! Los geht's!“ Also ich glaub, jeder hat da auch ein bisschen Angst davor.
(Frau A., 5. Sitzung, S. 7, Z. 18-35)

Die Ängste vor der Geburt konkretisieren sich im Laufe der Therapiesitzung auf die Geburtsschmerzen und auf Frau A.s möglichen Umgang damit:

P.S.: Mhm...Und, ähm, wenn Sie jetzt diese Angst noch mal genau beschreiben, wovor haben Sie am meisten Angst? Oder, wo ist sie jetzt am schlimmsten, diese Vorstellung? Also einmal dieses Preisgeben des Intimen...

Frau A.: Genau. Ja, dieses Intime, und ehm, ja klar, ähm, dann so der Schmerzfaktor glaube ich auch, das man so sagt, Mensch, das tut jetzt weh, und, ähm, wie werd ich mich da verhalten, also werd ich jetzt der absolute Waschlappen sein und da rumjammern und da das Handtuch werfen nach ner Stunde oder zwei? Oder wie wird das ablaufen im Endeffekt. Also...

P.S.: Mhm

Frau A.: Ich stell da jetzt keine hohen Anforderungen an mich, ich mein ich weiß, das, das tut einfach weh, aber, wie wird das sein, also ich mein, dass man das so ein bisschen einschätzen kann, weil das ist ja ne Sache, die habe ich noch nie erlebt. Ne Spritze kann ich jetzt einschätzen oder was weiß ich, einen Zahnarztbesuch. Weiß man ja wies läuft, im Endeffekt.

P.S.: Mhm. Aber das ist so ein einmaliges Ding, was auch noch nie gewesen ist

Frau A.: Genau

P.S.: Wo man nur immer wieder hört oder dann im Fernsehen sieht wie die Frauen dann schreien und

Frau A.: Ja, und leiden

P.S.: außer sich sind und leiden, und ehm, und wie wird das persönlich dann sein.

Frau A.: Genau.

P.S.: Also so der Schmerz auch, also dieses Intimste preisgeben und der Schmerz

Frau A.: Genau. Und der Schmerz dann einfach. Also, ich bin jetzt nicht zimperlich oder so, aber...ich kanns halt, wie gesagt, ne Spritze oder sowas einschätzen, oder einen Zahn ziehn oder ne Plombe machen oder so was, aber das ist halt irgendwie sowas, was noch nie da gewesen ist. Und da weißt du halt nicht, wie das laufen wird.

P.S.: Mhm.

Frau A.: Ja.

P.S.: Ja... Und auch, ich habe jetzt auch rausgehört, so dieses „werd ich dem standhalten“

Frau A.: Genau.

P.S.: „Bin ich ein Waschlappen“.

Frau A.: (lacht) Ja

P.S.: Oder „werd ich das irgendwie durchbeißen“

Frau A.: Genau...genau. Man kann ja nicht sagen „Super, das gefällt mir nicht. Können wir bitte aufhören“ oder so was, „machen wir doch irgendwie was anderes“. (lacht) Weil da muss man dann durch. Das ist so was Endgültiges. Max rein und Max muss da auch wieder raus irgendwie. Und das ist halt schon, na ja...

P.S.: Na ja, das ist halt eben nicht mehr zu kontrollieren und zu sagen jetzt „Jetzt habe ich keine Lust mehr und Stopp“

Frau A.: Genau. Und beim Zahnarzt kann ich noch aufstehen sagen „Mensch, ich will mir den Weisheitszahn jetzt nicht reißen lassen, ich gehe jetzt und nehme einen anderen Anlauf“. Aber da ist dann die Sache am laufen, wenn es mal soweit ist.

P.S.: Mhm. Das passiert dann mit einem

Frau A.: Genau, genau...
(Frau A., 5. Sitzung, S. 7, Z. 39-51 - S. 8, Z. 1-41)

Das Unvorhersehbare der Geburtsschmerzen beängstigt Frau A., dass sie die Intensität und die Art der Schmerzen nicht einschätzen kann. Neben den Schmerzen

beunruhigt Frau A., dass sie sich selbst nicht einschätzen kann im Umgang mit den Schmerzen: „...wie werd ich mich da verhalten, also werd ich jetzt der absolute Waschlappen sein und da rumjammern und da das Handtuch werfen nach ner Stunde´ oder zwei? Oder wie wird das ablaufen im Endeffekt“. Frau A. scheint einen recht hohen Anspruch an sich selbst zu haben, der in den eher abschätzig wirkenden Formulierungen „absoluter Waschlappen“, „rumjammern“ und „Handtuch werfen“ deutlich wird. Es könnte sein, dass sie sich selbst als Versagerin empfinden würde, wenn sie sich unter der Geburt in dieser Art verhielte.

Der Prozess der Geburt ist nicht mehr zu stoppen oder zu kontrollieren, wenn er erst einmal in Gang gekommen, ist ähnlich einer Naturgewalt: „...das ist halt irgendwie sowas, was noch nie da gewesen ist. Und da weißt du halt nicht, wie das laufen wird.“ Und: „Aber da ist dann die Sache am laufen, wenn es mal soweit ist.“

Frau A. hat Angst vor dem Kontrollverlust während des Geburtsgeschehens, dass sie den Prozess nicht mehr steuern und stoppen kann, wenn er sie womöglich zu überfordern droht: „Man kann ja nicht sagen „Super, das gefällt mir nicht. Können wir bitte aufhören“ oder so was, „machen wir doch irgendwie was anderes“. (lacht) Weil da muss man dann durch. Das ist so was Endgültiges. Max rein und Max muss da auch wieder raus irgendwie. Und das ist halt schon´, na ja...“. In diesem Zitat könnte auch die Angst vor dem Austritt des Babys durch die Öffnung der Vagina enthalten sein. Die Vorstellung, dass ein Babykopf mit einem Kopfumfang über 30 cm durch diese Öffnung muss, könnte erschreckend sein.

„Familienglück“

Die obere rechte Hälfte des Bildes mit dem ausgeschnittenen Schriftzug „Familienglück“ wirkt innerhalb der Collage wie der andere Pol zu den unangenehmen Empfindungen hinsichtlich der bevorstehenden Geburt:

Frau A.: Ja, ich kann schon gleich wieder was dazu sagen. (lacht) Der unangenehme Teil ist nämlich hier unten (lacht)
P.S.: Ja.
Frau A.: Habe ich so den Eindruck. Also das ist hier so die Idealvorstellung, glaube ich´, so mein Haus, meine Familie, äh, mein Baby, und ähm, ja so Mutter und Kind.
(Frau A., 5. Sitzung, S. 6, Z. 5-10)

Die beiden blauen Liegestühle am Meer könnten für das Paar stehen, das die Zweisamkeit in entspannter Atmosphäre genießt. Das tatsächliche „Familienglück“, dargestellt durch das Bild der Mutter mit dem Baby und die- man beachte- **vier** Figuren, wobei eine Figur blau ist und die anderen ocker-gelb, ist nur auf den ersten Blick völlig ungetrübt. Betrachtet man das Mutter-Kind Bild genauer, wird deutlich, dass die Mutter das Kind in dieser Position gar nicht halten kann. Frau A. hatte das

Foto beim Aufkleben wohl um 90 Grad gedreht. Denn die Mutter hat beide Hände an der Rückseite des kindlichen Körpers, eine Hand am Hinterkopf und eine Hand am unteren Rücken. Die ursprüngliche Position war wohl so, dass die Mutter ihren Kopf über das Baby beugt, das sie an Kopf und Rücken stützt. In der aufgeklebten Position würde das Kind auf das Gesicht der Mutter fallen, so hätte sie das Kind nicht gut im Griff. Dies könnte bedeuten, dass Frau A. unbewusst Angst hat, ihr Baby nicht „halten“ zu können, was auch mit der realen Angst und Bedrohung innerhalb dieser Schwangerschaft, das Baby könnte nicht ausreichend lang im Mutterleib gehalten werden, korrespondiert. Auch das Bild darunter könnte einen unbewussten Aspekt transportieren, und zwar den, dass die Familie nicht bloß aus Mutter, Vater und einem Kind, sondern aus bereits zwei Kindern besteht. Das erste Kind ist bekanntlich innerhalb der Spätschwangerschaft verstorben. Es wäre dennoch in seiner Geschwisterkonstellation das erste Kind. Hier könnte es durch die blaue Figur, abgehoben von den anderen, dargestellt worden sein.

Es wäre auch möglich, dass Frau A. hier ihre eigene Geschwisterkonstellation darstellt, aber hierfür gibt es keine Informationen. In ihrer gestalteten Lebenslinie waren keine Geschwister angegeben. Aber Frau A. erwähnte:

„(...)dass überhaupt jemand da war, weil meine Eltern leben wie gesagt 350 Kilometer entfernt, ich habe noch zwei kleine Geschwister, die haben halt so ein richtiges Familienleben, da kann sich meine Mutter nicht einfach so loseisen.“ (Frau A., 8. Sitzung, S. 7, Z. 49-52)

„schöner“ und „Lebenskunst: Die Balance zwischen Muss und Muße“

In Verlängerung der diagonalen Linie nach links unten befindet sich ein Blumenbild mit dem Schriftzug „schöner“ und zuletzt über den Rand hinaus stehend der Schriftzug: „Lebenskunst: Die Balance zwischen Muss und Muße“.

Frau A.: Ja. Jetzt habe ich hier ein bisschen geschludert. Aber macht ja nix...Dass das trocknet...(konzentrierte Arbeitsphase, Frau A. klebt die ausgeschnittenen Bilder als Collage zusammen, 3 Minuten)

Frau A.: Ja, ich kann schon gleich wieder was dazu sagen. (lacht) Der unangenehme Teil ist nämlich hier unten (lacht)

P.S.: Ja.

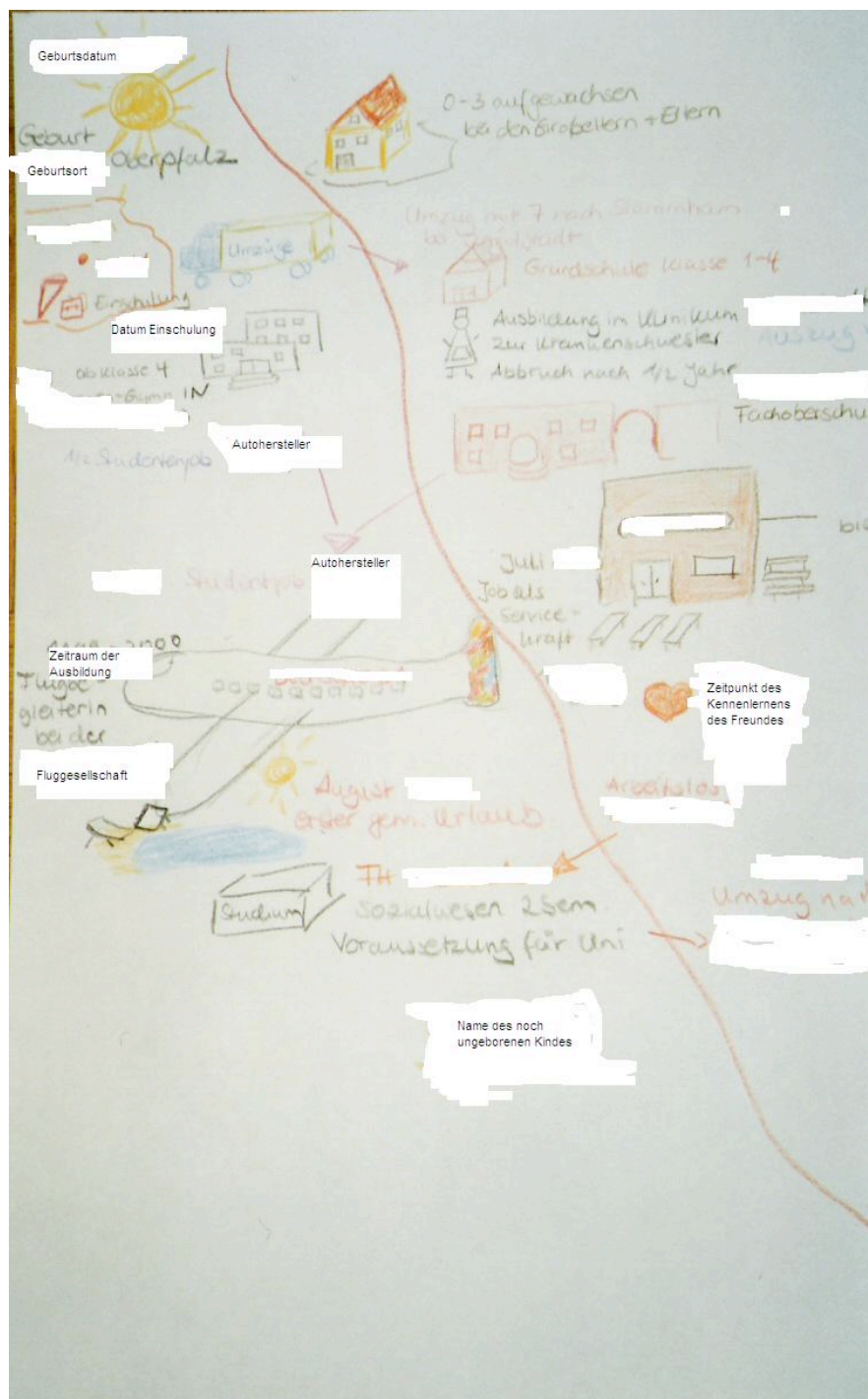
Frau A.: Habe ich so den Eindruck. Also das ist hier so die Idealvorstellung, glaube ich', so mein Haus, meine Familie, äh, mein Baby, und ähm, ja so Mutter und Kind, und vor allen Dingen Haus, da haben wir halt ganz viel drüber gesprochen, weil ähm, wir jetzt ein Haus planen, und wie wir das machen und alles, und ähm, ja das ist dann wahrscheinlich so Lebenskunst (lacht), die Balance zwischen Muss und Muße (lacht), das ist hier so der unangenehme Teil' und das ist auch so glaube ich ein bisschen stellt das das Wagnis dar, also was jetzt vielleicht auch Haus betrifft und auch wie das so verläuft mit der Geburt und alles was da noch weiter verlaufen wird. (Frau A., 5. Sitzung, S. 6, Z. 2-17)

Wenn man das Blatt durch das Haus und die Frau im Kopfsprung als diagonal geteilt betrachtet, könnte die Seite rechts von dieser gedachten Linie eher Unangenehmes

bedeuten und die Seite links der gedachten Linie eher Positives. Und dazwischen gilt es möglicherweise für Frau A. die Balance zu halten eben zwischen „Muss“ (Geburt, Schmerzen, Arzt-Patient-Beziehung, etc.) und „Muße“ (Zweisamkeit, „Familienglück“, ein Teil des Hausbaus, Mutter-Kind-Bindung etc.)

Einerseits könnte es Zufall oder aus Platzmangel notgedrungen sein, dass Frau A. den Schriftzug „Lebenskunst: Die Balance zwischen Muss und Muße“ über den Bildrand geklebt hat, andererseits erscheint es fast so, als hielte dieser Bildausschnitt das gesamte Bild tatsächlich in der Balance, denn die „unangenehme Seite“ erscheint schwergewichtig, nicht unbedingt durch die Anzahl der aufgeklebten Bilder, aber beispielsweise durch den roten Balken über der einen Seite des Hauses und den Schilderungen innerhalb der Therapiesitzung zur Geburtsszene und dem Handschuh überstreifenden Arzt (Siehe oben: Geburt), die zeitlich den größten Raum innerhalb der Sprechphase einnehmen.

**10.1.11 Sechste Sitzung Frau A.: Bild Nr. 6 „Lebenslauf/ Lebenslinie“³⁵,
Buntstift, DIN A3**



³⁵ Der Titel bezeichnet das Thema der Stunde.

Entstehungsprozess:

Dieses Bild entstand auf Wunsch von Frau A. in dieser Stunde, nachdem ich sie in einer der ersten Stunden gebeten hatte, einen Lebenslauf von sich zu schreiben oder zu gestalten, damit ich ein umfassenderes Bild von ihr und ihrer Situation erlangen kann. Frau A. wollte nun die kunsttherapeutische Sitzung dafür nutzen.

Frau A. wählte dicke Buntstifte und ein weißes Papier in DIN A3 Hochformat.

Bildbeschreibung:

Eine lange rote Linie teilt das Bild diagonal von links oben nach rechts unten, wobei die rote Linie am oberen linken Blattrand nicht exakt in der Ecke ansetzt, sondern einige Zentimeter nach rechts zur Mitte hin versetzt ist. Ebenso endet die rote Linie nicht in der gegenüberliegenden Ecke, sondern einige Zentimeter darüber im unteren rechten Blattrand.

Frau A. verwendete Bilder und Schrift, um wichtige Stationen in ihrem Leben zu kennzeichnen, dabei wechselte sie immer wieder zwischen der linken zur rechten Seite der roten Linie. Die „Lebenslinie“ scheint die beiden Blatthälften zu trennen, bzw. die einzelnen Stationen befinden sich abwechselnd rechts und links um die Lebenslinie herum. Die fortlaufende Richtung geht zickzackartig von links oben (Beginn durch die Geburt) bis rechts unten (zu diesem Zeitpunkt noch ungeborenes Kind und quasi unbeschriebene offene „weiße“ Zukunft).

Auf der rechten Seite sind vier Gebäude gezeichnet: das Eltern- und Großelternhaus, die Grundschule, eine Fachoberschule und das Gebäude eines Restaurants, in dem sie zeitweilig als Servicekraft arbeitete. Bei den Zeichnungen steht jeweils eine Erläuterung, die abwechselnd in rot und schwarz geschrieben ist. Lediglich der Auszug aus dem Elternhaus ist in blau geschrieben.

Ein weiteres Bild auf der rechten Seite ist ein rotes Herz, welches das Kennen lernen ihres jetzigen Freundes und Lebenspartners kennzeichnet. Bei der Beschriftung des Herzens ist Frau A.s Vorname unterstrichen.

Auf der linken Seite der Lebenslinie sind zwei gelbe Sonnen mit Strahlen zu sehen, eine größere als Kennzeichen der Geburt von Frau A. und eine kleinere, die den ersten Urlaub mit ihrem Freund markiert. Die Farben Blau und Grün sind in drei Bildern zu sehen (Grün kommt auf der rechten Seite überhaupt nicht vor), Blau und Grün ist der Umzugswagen, der den Umzug mit sieben Jahren markiert, nachdem sie zuvor gerade eingeschult wurde. Blau und Grün befinden sich ebenfalls in kleiner Menge in dem Bild eines Flugzeuges, das Frau A.s Zeit als Flugbegleiterin

kennzeichnet. Von der Größe her betrachtet ist das Flugzeug auf der linken Seite das größte Bildmotiv.

Darunter befindet sich ein Bild eines Sees oder Meeres, die größte blaue Fläche, mit der kleineren gelben Sonne und zwei leeren Liegestühle links vom Wasser auf gelbem Sand.

Es sind auch zwei schwarz gezeichnete rechteckige Gebäude mit gleichmäßigen Fensterreihen zu erkennen auf der linken Seite, das Gymnasium und die Fachhochschule. Die erste Grundschule, die sie dann durch Umzug wechseln musste, ist durch eine rote Schultüte und einen roten Schulranzen gekennzeichnet. Die einzelnen Lebensstationen sind teilweise mit Pfeilen über die Lebenslinie verbunden. Diese Pfeile überkreuzen jeweils die rote Lebenslinie.

Als Unterstes steht in großen Blockbuchstaben in grüner Farbe rechteckig eingerahmt der Name des zu diesem Zeitpunkt noch ungeborenen Kindes. Das untere Fünftel des Blattes ist weiß geblieben, lediglich die rote Lebenslinie verläuft bis zum rechten Bildrand.

10.1.12 Interpretation des Materials der sechsten Sitzung

Frau A. wählte für die „Lebenslinie“ Buntstifte. Zum einen tut sie dies möglicherweise, weil sie damit sowohl schreiben als auch zeichnen kann, zum anderen wirken die Buntstifte sehr zart und blässlich und erinnern an die Kindergarten- und Grundschulzeit, die auch Teil des Lebenslaufs und somit der „Lebenslinie“ sind. Die zarte rote Lebenslinie unterteilt diagonal das hochkant verwendete DIN A3 Papier, wobei die linke Hälfte deutlich größer ist, nicht durch das bereits Erlebte, sondern durch den weiß gelassenen Freiraum, der noch offen ist.

Auf der linken Seite der „Lebenslinie“ sind einige Stationen markiert, die Frau A. emotional stark berührt haben, so beispielsweise mehrere Umzüge, einer davon ein halbes Jahr nach Frau A.s Einschulung:

- Frau A.: Dann´... (3 Minuten Pause, Geräusche durch die Buntstifte) So, okay, dann´...ja eigentlich wieder ein Umzug (lacht), super (**lacht**) ja...Danach...(1 Minute Pause) hab ich dann die Grundschule besucht´...(2 Minuten Pause)
- P.S.: Da eingeschult und dann noch mal eine andere Grundschule?
- Frau A.: Ja also da war ich, ähm, zum ersten Halbjahr war ich praktisch in U. in der Schule, und dann bin ich, sind wir schon wieder umgezogen nach S. Also hier war ich ungefähr von drei bis sieben und dann in S. ab erste Klasse zweites Halbjahr. (Frau A., 6. Sitzung, S. 3, Z. 32-40)

Lachen

Frau A. lacht zwar, nachdem sie „super“ sagt, aber im Verlauf der Therapiesitzungen lacht Frau A. öfter, auch wenn oder sogar gerade wenn es um Gefühle geht, möglicherweise um sie abzuschwächen oder um die Situation nicht zu ernst zu nehmen, möglicherweise auch aus Verlegenheit:

„Und das fand ich ziemlich krass wie die dann drauf waren. Und dann bin ich dann nach Hause gekommen und hab dann natürlich immer meine Mutter angerufen **(lacht)**“
(Frau A., 6. Sitzung, S. 4, Z. 29-31)

„(...) Flugbegleiterin an der (Fluggesellschaft), dazu muss ich sagen, hat mir nicht so gut gefallen, nicht weil ich so furchtbar anspruchsvoll bin, sondern, ähm, das ist einfach, ich weiß auch nicht, stewardessen ist son, son eigener Bereich für sich, muss ich ganz ehrlich sagen, die sind alle ziemlich zickig untereinander, und egal wo so ein Haufen Frauen aufeinander treffen, und auch die Piloten denken wirklich, man ist Freiwild dort, und was ich da an Geschichten erlebt hab, das ist also, das darf man ja niemandem erzählen **(lacht)** ehrlich gesagt, weil, die Piloten sind echt dreist, also die sind frech sind die einfach.“
(Frau A., 6. Sitzung, S. 5, Z. 47-51 bis S. 6, Z. 1-5)

„(...)und das ist dann halt nicht so schön gewesen zu dritt auf dem Zimmer, und ich hab ihn dann auch echt rausgeekelt weil ich fands dann schon ein bisschen dreist, wie er sich aufgeführt hat, hat wahrscheinlich gedacht, die zwei süßen Häschen, die unerfahrenen, die neuen da **(lacht)**“
(Frau A., 6. Sitzung, S. 7, Z. 17-21)

Die oben genannten Zitate aus der Therapiesitzung beziehen sich auf menschliche Enttäuschungen während ihrer Ausbildung bei einer deutschen Fluggesellschaft. In dem Bild der Lebenslinie ist diese Zeit durch ein Flugzeug dargestellt. Dieses Flugzeug ist im Vergleich zu den anderen bildlichen Darstellungen das größte Motiv. Ebenso auf der linken Seite der „Lebenslinie“ befindet sich direkt unterhalb des Flugzeugs ein Bild mit zwei Liegestühlen am Strand mit Meer und Sonne. Diese Station beschreibt den ersten gemeinsamen Urlaub mit ihrem jetzigen Lebenspartner, dem Vater des Kindes:

Frau A.: und ähm, ja und ähm, Mai, Juni, Juli August...(Jahr)...erster, gemeinsamer, Urlaub. Da hat er mich eingeladen.
P.S.: Mhm'
Frau A.: Genau...Das war dann auch sehr schön', da war ich erst mal so, mit ihm am Meer.
P.S.: Mhm'...in seinem Heimatland?
Frau A.: In M., genau.
P.S.: Mhm.
Frau A.: Wirklich ein ganz toller Ort, hat mir echt super gefallen...wie mal ich denn jetzt einen Klappstuhl?...Okay, wir waren auf jeden Fall in Urlaub...so, jetzt muss ich erstmal überlegen...(Jahr) im Urlaub...
(Frau A., 6. Sitzung, S. 8, Z. 1-12)

Die Farbe Blau

Die Farbe Blau findet sich wieder sowohl am Umzugswagen, der die Umzüge in den ersten Lebensjahren beschreibt, als auch am hinteren Teil des Flugzeugs, der für die Zeit als Flugbegleiterin mit emotionalen Enttäuschungen steht, als auch im Meer- und

Urlaubsbild, das für die erste gemeinsame Zeit mit ihrem Freund steht, also für die Verliebtheitsphase. Das Blau könnte unbewusst für Stationen in Frau A.s Leben stehen, die mit starken Emotionen einhergehen. Interessant ist auch, dass Frau A. diese Stationen auf die linke Seite der Lebenslinie platzierte, da die linke Körperhälfte von der rechten Gehirnhälfte geregelt wird, die wiederum eher für den emotionalen Bereich zuständig ist. Die linke Gehirnhälfte ist dagegen mehr für die ratio, den Verstand, Logik, also für lineare, verbale, analytische Informationsverarbeitung zuständig.

Diese Einteilung wird aber nicht völlig eingehalten, denn auf der rechten Seite der Lebenslinie steht mit blauem Buntstift geschrieben: „Auszug vom Elternhaus“, was möglicherweise mit großen Emotionen vonstatten gegangen sein wird. Wobei ich hinzufügen muss, dass Frau A. den Auszug nicht gleich in der Chronologie aufgeschrieben, sondern nachträglich eingesetzt hat, da sie den Auszug vergessen hatte. Dies lässt sich eventuell als Verdrängung markieren:

Frau A.: (...) das hab ich jetzt ganz vergessen, ich bin da auch schon ausgezogen gewesen. Ich war da kurz vor meinem 18. Geburtstag bin ich auch schon ausgezogen. Das muss man ja auch irgendwie noch, und hab halt auch noch nebenbei gearbeitet. Also von daher, mal nicht in die Schule gegangen, und dann hat mich eines Tages der Direktor zu sich gerufen und hat gemeint: „Na ja gut Frau A., ihre Noten sind ja gar nicht so schlecht, aber Sie müssen genauso in die Schule kommen, wie jeder andere auch, und wenn ich mir so Ihre Fehlzeiten anschau, dann schlägt es mir schon ganz schön die Sprache“. Und dann hab ich halt so gesagt: „Na ja, ich wohn alleine“ und hab das halt versucht zu erklären, hab halt auch gesagt: „ich versuch nebenbei zu arbeiten, und das klappt halt alles nicht so, wie man sich das so vorstellt“, und war ja auch noch ziemlich jung.
(Frau A., 6. Sitzung, S. 5, Z. 7-19)

Die Farbe Rot

Auf der rechten Seite der Lebenslinie herrschen die Farben Rot, Orange und Schwarz vor. Erläuterungen zu kleinen Zeichnungen stehen im Wechsel in Rot oder Schwarz da. Die rechte Seite wirkt deshalb geradliniger, strukturierter. Auffallend und herausstechend ist das kräftig rote Dach des großelterlichen Hauses, in dem Frau A. zusammen mit ihren Eltern die ersten drei Lebensjahre verbrachte. Dieses rote Dach korrespondiert mit dem roten Herz, dass das Kennen lernen von Frau A. und ihrem Lebenspartner symbolisiert. Es wäre möglich, dass Frau A. sich quasi in den ersten Jahren ihres Lebens innerhalb der Großfamilie recht behütet gefühlt hat, und diese gute Basis in der Beziehung zu ihrem Partner als tragendes positives Grundgefühl wieder erleben konnte.

(Ab) Brüche

Frau A.s Lebensweg ist bis zu diesem Zeitpunkt gekennzeichnet von verschiedenen Wechseln, Unterbrechungen oder Abbrüchen, besonders im Schul- und Ausbildungsbereich. Sie hat viele verschiedene Dinge ausprobiert und sich erprobt, die unterschiedlichsten Jobs gehabt. Sie selbst beurteilt dies eher negativ:

- Frau A.: (...)Also das ist mir ganz peinlich, so ein unsteter Lebenslauf, ich glaube, sie werden sich die Haare raufen.
P.S.: Ich werde mir die Haare raufen?
Frau A.: Das klingt irgendwie so total unbeständig. Meine Mutter sagt immer, das darfst du gar niemandem erzählen, was du alles gemacht hast im Endeffekt.
(Frau A., 6. Sitzung, S. 8, Z. 19-25)

In dieser Passage übernimmt Frau A. die Bewertung ihrer Mutter über ihren eigenen Lebenslauf, und empfindet es als „ganz peinlich“, in der Therapiestunde davon zu berichten. Sie hat sogar die Vorstellung, dass die Therapeutin „sich die Haare raufen“ könnte. Das könnte bedeuten, dass Frau A. die Therapeutin in der Übertragung als Mutter, quasi als enge Bezugsperson, als beurteilende Instanz wahrnimmt.

Aber Frau A. blickt nicht nur negativ auf ihren Lebensweg, sondern betrachtet ihn mit einem gewissen Abstand differenzierter:

- P.S.: Mhm...Ja, wenn Sie sich jetzt mal so Ihre Lebenslinie so anschauen,
Frau A.: Ja
P.S.: Ich kann sie ja mal ein bisschen weiter weg halten, sie wissen ja, was, äh, was sie hingemalt haben,
Frau A.: Ja, okay'...
P.S.: Wie fühlt sich das an, wenn sie das mal so mit einer gewissen Distanz betrachten.
Frau A.: (atmet hörbar aus) ja ich muss sagen, eigentlich einerseits ziemlich gut muss ich sagen, weil ich mein, ich bin froh um die vielen Erfahrungen, die ich gemacht hab, ähm, andererseits hab ichs jetzt nur reduziert aufs Minimum, weil es gibt auch viele Sachen, die waren nicht so toll, die ich jetzt einfach herausgelassen hab, die, so vielleicht Erfahrungen, jetzt okay, (Fluggesellschaft), das war halt, na ja das war ne Erfahrung, das erlebt mer, aber das ist jetzt nicht traumatisch oder so. Gabs auch ein paar Sachen, die nicht so toll waren, jetzt wie mit dem Baby oder so, das hab ich jetzt einfach rausgelassen
(Frau A., 6. Sitzung, S. 10, Z. 7-22)

Durch das Betrachten aus der Distanz verändert sich die Bewertung des eigenen Lebenslaufes. Das Unstete, das sie anfangs negativ beurteilt hatte, betrachtet Frau A. nun auch im Sinne von „vielen Erfahrungen“, die sie gemacht hat. Sie sei sogar „froh“ darüber.

Das erste Kind

Beim Betrachten der „Lebenslinie“ aus der Distanz fällt Frau A. allerdings auf, dass sie für sie Wesentliches herausgelassen hat, nämlich das erste Kind, das zu früh geboren und verstorben ist. Kurz bevor Frau A. die Gestaltung abgeschlossen hatte, fällt ihr bereits auf, dass sie ihr erstes Baby „vergessen“ hat:

- Frau A.: (...) Jetzt hab ich unser erstes Baby vergessen, hier in dem ganzen Getümmel. Ja (atmet hörbar aus), das ist gar nicht so einfach, das möchte ich gerne auslassen.
P.S.: Das möchten Sie gerne auslassen.

Frau A.: Ja....So im Groben und Ganzen, im Großen und Ganzen wars das, und jetzt'...ist eben der Max unterwegs.
(Frau a., 6. Sitzung, S. 8, Z. 29-35)

In dieser Sequenz wird deutlich, wie sehr Frau A. noch unter dem Verlust des ersten Kindes leidet, nämlich so stark, dass sie zunächst weder darüber sprechen noch dem Kind einen Platz in ihrer Gestaltung geben möchte. Auch an der Art der Atmung, des tiefen Ausatmens, ist erkennbar, dass sie emotional stark beteiligt ist, wenn es um das erste Baby geht. Die Therapeutin vergewissert sich, ob sich Frau A. tatsächlich mit diesem Thema nicht näher befassen möchte, indem sie den Wunsch des Auslassen-Wollens wiederholt. Hierauf könnte Frau A. reagieren, widersprechen oder zustimmen. Frau A. stimmt zunächst zu. Die Therapeutin respektiert diesen Wunsch und versucht nicht, den Widerstand niederzureißen.

Weil Frau A. im späteren Verlauf der Therapiesitzung wieder davon spricht, dass sie das erste Baby weggelassen habe, versucht die Therapeutin Frau A. mit ihrem Schmerz zu konfrontieren:

Frau A.: (...) andererseits hab ichs jetzt nur reduziert aufs Minimum, weil es gibt auch viele Sachen, die waren nicht so toll, die ich jetzt einfach herausgelassen hab, die, so vielleicht Erfahrungen, jetzt okay, (Fluggesellschaft), das war halt, na ja das war ne Erfahrung, das erlebt mer, aber das ist jetzt nicht traumatisch oder so. Gabs auch ein paar Sachen, die nicht so toll waren, jetzt wie mit dem Baby oder so, das hab ich jetzt einfach rausgelassen

P.S.: Mhm

Frau A.: Aber, ja...hab schon Einiges hinter mir gelassen...mhm

P.S.: Ja. Und mit dem Baby, ähm, ist das jetzt im Moment auch noch schmerzlich, weshalb sie das rausgelassen haben? Oder wollten sie das jetzt einfach nicht so?

Frau A.: Ja, es, es, es, ähm, jetzt wo der Max kommt irgendwie, ist es so...ich weiß auch nicht, hab ich irgendwie, ich war zum Beispiel nie da, also so kleine Babys, die unter 500 Gramm wiegen, die kriegen ja kein Grab, äh, im Endeffekt. Und ich weiß, dass er in I. im Nordfriedhof, äh, begraben ist', und ich war nie da. Und das sind halt so Sachen, da hab ich son schlechtes Gewissen zum Beispiel gehabt, wo ich mir gesagt hab, Mensch, du warst noch nie da, und jetzt kommt der Max, und, da haben wir schon mal drüber geredet, auch mein Freund und ich, wo ich gesagt hab, ich hab da son schlechtes Gewissen war noch nicht mal am Nordfriedhof, weil ich einfach da erstmal nicht hingehen wollte, und das einfach so weggedrückt habe, bin auch son, son super Verdrängungskünstler, der immer alles einfach dann wegdrückt nach ner Zeit, und das gibt es dann einfach nicht mehr nach ner Zeit. Und das gibt's dann einfach nicht mehr.
(Frau A., 6. Sitzung, S. 9, Z. 16-41)

In dieser Passage wird deutlich, dass Frau A. sich nicht mit dem Tod des ersten Kindes beschäftigen möchte, weil sie das unglückliche Ereignis mit den dazugehörigen Empfindungen bis zu diesem Zeitpunkt weitestgehend verdrängt hat. Aus diesem Grund hatte sie auch in der Gestaltung das Baby einfach „vergessen“. Der Abwehrmechanismus der Verdrängung ist auch ein Schutz vor Emotionen, die schwer zu ertragen sind, beziehungsweise die Psyche zu überfordern drohen. In Frau A.s Fall sind das zum einen Schmerz und Trauer und zum anderen

Schuldgefühle: „ich hab da son schlechtes Gewissen war noch nicht mal am Nordfriedhof, weil ich einfach da erstmal nicht hingehen wollte, und das einfach so weggedrückt habe.“

Frau A.: Und das kam halt jetzt alles son bisschen wieder hoch, und auch so die Ängste um Max das war ja vorher auch nicht (atmet hörbar ein) grad super, wie das alles gelaufen ist in der Schwangerschaft, in der ersten, weil ich hatte ja auch Blutungen am Anfang, und so, und diese ganzen Ängste die jetzt so da waren, also gut, jetzt bin ich ja schon in so einem sicheren Stadium, aber vorher auch

P.S.: Mhm

Frau A.: Also so 22. Woche oder so, da kam das dann auch schon wieder hoch, wo ich dann gesagt habt: „ Wenn das jetzt nicht klappt, will ich überhaupt keine Familie mehr.“ Weil sowas möchte ich echt nicht mehr erleben, und sowas möchte ich nicht mehr mitmachen. Und wir hatten ja auch wie gesagt dieses Haus angeplant, und ich weiß noch in der 22. Woche hab ich gesagt: „Mensch, wenn das nicht klappt“, da war ich total verzweifelt, hab ich gesagt „dann will ich auch kein Haus. Was hat das dann alles für einen Sinn“ und so.
(Frau A., 6. Sitzung, S. 9, Z. 43-51 bis S. 10, Z. 1-6)

Frau A. berichtet in dieser Sequenz, dass die verdrängten Gefühle bezüglich des Endes der ersten Schwangerschaft mit starker Wucht in der zweiten Schwangerschaft aufgetaucht sind. Besonders ungefähr in dem Zeitraum, in dem Frau A. die Fehlgeburt erlitten hatte, wurden die Ängste stärker, und das war genau der Zeitraum, in dem die Komplikation in der nun bestehenden Schwangerschaft eintraten.

Frau A.: Ich weiß halt, wo ich im Krankenhaus war, da war das so die ersten paar Tage, da war ich also, man fühlt sich ja auch so als Versager als Frau irgendwie

P.S.: ^ Mhm

Frau A.: wenn sowas passiert, dann denkt man, was hätte ich anders machen können, hätt ich mehr aufgepasst, wär ich vielleicht nicht irgendwie rumgeturnt, oder sowas, und wären wir doch nicht in Urlaub gefahren, oder so, wir waren dann auch noch in Urlaub, im, im Winter praktisch, (atmet hörbar ein) und ähm, ja. Und dann eben, als ich noch zu Hause war, wollte ich auch niemanden sehen, weil das war irgendwie so belastend für mich, ich konnte das auch niemandem erzählen, ich konnte das niemandem sagen, im Endeffekt, weil ich mich irgendwie selber so als Versager gefühlt hab.
(Frau A., 6. Sitzung, S. 11, Z. 18-30)

Für Frau A. erscheint es essenziell wichtig zu sein, eigene Kinder zu haben. Sie empfindet den Tod des ersten Kindes als persönliches Versagen, was es ihr wiederum schwer möglich machte, sich mit ihrem Schmerz und ihrer Trauer an andere Menschen zu wenden: „(...)ich konnte das niemandem sagen, im Endeffekt, weil ich mich irgendwie selber so als Versager gefühlt hab“.

10.1.13 Siebte Sitzung Frau A.: Bild Nr. 7 „Geburt“³⁶, Deckfarbe, 40 x 40cm



Entstehungsprozess:

Diesem Bild ging keine Entspannungs- oder Einstiegsphase voraus, da Frau A. dies ablehnte. Sie begründete ihre Ablehnung damit, dass ihre Augenlider zucken, wenn sie sie schließen würde. Besonders an dieser Stunde ist auch, dass Frau A. im Rollstuhl statt im Bett in den Arbeitsraum gefahren werden konnte. Ihre Grundstimmung war freudig und gut gelaunt. Das Thema „Geburt“ nahm Frau A. anfangs zögerlich aber dann doch an und begann rasch mit dem Malen. Sie wählte wieder das quadratische Papier (40 x 40 cm) und Aquarellfarbe.

Bildbeschreibung:

Das Bild zeigt einen Frauenkopf, der in zwei unterschiedliche Hälften unterteilt ist, die linke Gesichtshälfte ist etwas dunkler mit verschiedenen Farbtönen, einem geschlossenen Auge und einem ausdruckslosen, neutralen Mund, die rechte Gesichtshälfte ist insgesamt heller mit einem offenen Auge und einem lächelnden Mund.

Die ursprüngliche Richtung des Bildes war so gewählt, dass der Kopf der Frau aufgerichtet war. Später beim Betrachten entschied sich Frau A. für die liegende Position, d.h. sie drehte das Blatt um 90 Grad nach links, so dass die hellere Hälfte über der dunkleren liegt.

Die linke Gesichtshälfte (vom Betrachter aus gesehen), sitzt etwas tiefer als die rechte, so dass das Kinn in der Mitte geteilt und verschoben wirkt. Mund und Nase dagegen sind nicht verschoben. Der Mund allerdings wirkt wie von zwei verschiedenen Gesichtern, die linke Mundhälfte ist etwas dunkler und der Mundwinkel ist gerade bis etwas hängend. Die rechte Mundhälfte lächelt leicht. Das Auge der linken Gesichtshälfte ist geschlossen, das der rechten wach und offen. Die linke Gesichtshälfte erscheint wie in rechteckige Felder unterteilt, wobei ein rotes Rechteck in Wangenhöhe besonders hervorsticht, direkt darunter ist ein violett-bräunliches Rechteck, das von der Farbigkeit auch etwas hervorsticht. Die rechte Gesichtshälfte ist einheitlich in einer Farbe ausgemalt. Beide Gesichtshälften sind an den Konturen und an Nase und Kinn mit einer schwarzen Linie umrandet. Oberhalb und unterhalb des Mundes stoßen die beiden unterschiedlichen Gesichtsfarben direkt aneinander ohne schwarze Umrandung. Die das Gesicht umrahmenden dunkelblonden bis hellbraunen, leicht gewellten, etwa schulterlangen Haare sind rechts etwas heller und links etwas dunkler. Die Farbigkeit des gesamten Gesichtes einschließlich der Haare ist in Beige, Braun- und Sandtönen gehalten außer der linken Wange, des roten Mundes und der schwarzen Umrandung.

Der Hintergrund ist weiß belassen.

Es ist lediglich der Kopf vorhanden, weder Hals noch Schulter oder gar Oberkörper sind zu sehen.

Die beiden Gesichtshälften unterscheiden sich auch darin, dass die rechte Gesichtshälfte auch eine Profildarstellung sein könnte durch die Nase, die nach links zeigt, die linke Gesichtshälfte nicht. Dagegen zeigt die linke Gesichtshälfte eine

³⁶ Der Titel ist das gestellte Thema für diese Stunde.

kubistische Aufteilung durch die verschieden farbigen Teile des Gesichtes. Insgesamt erinnert das Bild an den Kubismus, insbesondere an menschliche Darstellungen von Picasso, durch die versetzten Gesichtshälften, d.h. die simultane Darstellung verschiedener Ansichten und die Aufsplitterung in eckige und kantige Facetten.

10.1.14 Interpretation des Materials der siebten Sitzung

Das zweigeteilte Gesicht besteht aus einer dunkleren und einer helleren Farbgebung. Die hellere Gesichtshälfte erscheint wach, die dunklere scheint zu schlafen. Frau A. spricht in dieser Therapiesitzung, nachdem sie gemalt hatte:

- Frau A.: Das sieht jetzt ganz komisch aus, ge? Also (räuspert sich), das hat jetzt eigentlich so im klassischen Sinne mit Geburt eigentlich nicht viel am Hut. Würd man gar nicht drauf kommen. (lacht etwas und atmet schwer)
- P.S.: Soll ich es, ähm, Ihnen ein bisschen abnehmen (das Blatt mit Unterlage)?
- Frau A.: Jah (atmet aus), jah...
- P.S.: Aber es ist so entstanden.
- Frau A.: ehe' (10 Sek. Pause). Ja ich würd sagen, mh... ja ich denke einfach, das zeigt dieses zwiespältige Gefühl einfach, das wollte ich damit ausdrücken wahrscheinlich.
- P.S.: Mhm'
- Frau A.: Ähem, das eine sitzt ja ein bisschen höher als das andere',
- P.S.: Mhm
- Frau A.: das heißt mehr, das, das ist so die positive Seite, so worauf ich mich total freu'
- P.S.: Mhm'
- Frau A.: Würd ich jetzt sagen', das Gesicht ist auch ein bisschen heller, und ähm, das Auge ist irgendwie, das ist das, äh, was ich mir wünsche im Endeffekt', und so der andere Teil ist so dieses, ähm, nicht wissen, was auf einen zukommt, das kann man nicht so einschätzen, so ein bisschen so die Angst glaube ich auch, so also, ehm, ja.
- P.S.: Mhm'
- Frau A.: Würd ich jetzt sagen. Ähm...
- P.S.: Also es sind so zwei Seiten
- Frau A.: Genau
- P.S.: die sich um dieses Thema Geburt bewegen.
- Frau A.: Genau.
(Frau A., 7. Sitzung, S. 5, Z. 29-51 bis S. 6, Z. 1-3)

Frau A. ist anfangs etwas irritiert über das von ihr gestaltete Bild, das sie intuitiv zum Thema Geburt gestaltet hat. Zunächst erschließt sich ihr der Zusammenhang nicht, aber dann hat sie eine eigene Interpretation: „(...)das zeigt dieses zwiespältige Gefühl“. Das zweigeteilte Gesicht steht für zwei unterschiedliche Empfindungen im Hinblick auf die Geburt. Es gibt die eine Seite, die sich darauf freut, den Sohn in den Armen zu halten:

- Frau A.: „(...) weil mit Geburt selber jetzt, oder ich mein, natürlich also ich, da kommt immer das Bild, dass ich den Max halte. Das ist immer ganz toll. Aber das ist nur eine Seite im Endeffekt von, von dem Ganzen.
(Frau A., 7. Sitzung, S. 6, Z. 48-51)

Frau A. hat einen Wunsch, eine Wunschvorstellung, wie sie ihr Kind nach der Geburt hält. Die helle, positive Seite beschreibt quasi die Zeit **nach** der Geburt.

In der folgenden Sequenz exploriert Frau A. weiter, nachdem die Therapeutin einzelne Aspekte des Bildes beschreibt:

- P.S.: Hier ist eine Seite, da schauen Sie drauf, sozusagen, das Auge ist offen
Frau A.: Genau
P.S.: das schaut dahin´
Frau A.: Ja´
P.S.: Und hier ist es geschlossen´
Frau A.: Das ist so dieses „Ich-weiß-nicht-was-auf-mich zukommt“ einfach also. Dieses Unbekannte.
P.S.: Mhm
Frau A.: Und auch ein bisschen so die Angst davor. Und...aber die Farben in dem Sinne habe ich halt jetzt so gewählt, das ist ja nichts Schlechtes in dem Sinne
P.S.: Mhm
Frau A.: Sondern das ist einfach nur irgendwas, Unbekanntes, also das ist jetzt nicht total düster, oder, oder, negativ oder so.
P.S.: Ja
Frau A.: Sondern einfach irgendwie was Unbekanntes.
P.S.: Ja...Wo Sie noch nicht wissen, wie wird das so sein
Frau A.: Genau
P.S.: Wie ich da reingehe
Frau A.: Ja (in ängstlichem Tonfall)
P.S.: in die
Frau A.: Ja (fast leidender Tonfall mit gehobener Stimme, dennoch lachend) Ja.
P.S.: Ja.
Frau A.: Ja, genau. Sowas Unkontrollierbares, was kommt auf mich zu einfach
P.S.: Mhm, mhm...wie wird der Verlauf sein, wie werden die Schmerzen sein, wie werden Sie sich verhalten. So ungefähr?
Frau A.: Ja, genau.
(Frau A., 7. Sitzung, S. 6, Z. 4-30)

Die linke Gesichtshälfte interpretiert Frau A. selbst als „das Unbekannte“, als „Ich weiß nicht, was auf mich zukommt“. Sie beschreibt ihre Angst vor dem Unbekannten, möglicherweise Unkalkulierbaren, Unkontrollierbaren. Die Therapeutin greift die bereits in der vorigen Stunde benannten Ängste vor der Geburt auf, die Schmerzen und den Umgang damit, und Frau A. stimmt dem zu.

Hinzu kommt, dass Frau A. bereits eine Entbindung erlebt haben muss, nämlich die des ersten zu früh geborenen und dann verstorbenen Kindes. Denn ab ungefähr der 15. Schwangerschaftswoche müssen die Kinder, ob tot, lebensfähig oder nicht durch den Geburtskanal entbunden werden.

Die Zweiteilung des Gesichts könnte auch ein Sinnbild für das tote und das lebendige Kind sein.

- P.S.: Mhm...das sind auch viele unterschiedliche Farben.
Frau A.: Ja. Also das andere verläuft eigentlich mehr so ineinander´
P.S.: Ja
Frau A.: Und das sind mehr so unterschiedliche Farben eigentlich auch...Ich glaub das ist irgendwie harmonischer so, einfach die eine, also die rechte Seite
P.S.: Ja
Frau A.: Und die, die, da ist auch so ein bisschen Unruhe in der linken Seite drin, würde ich sagen, durch diese vielen verschiedenen Farben auch

P.S.: Mhm...Der Mund ist auch, auch unterschiedlich auf beiden Seiten, ge?
 Frau A.: Ja...Also das sollte eigentlich so ein lachender Mund auf der rechten Seite sein, und das mehr so ein ganz normaler Mund.
 P.S.: Mhm
 Frau A.: Also jetzt weder lachend noch irgendwie tief betrübt oder so, einfach
 P.S.: Ja...Da gibt es eben so, gemischte Gefühle.
 Frau A.: Gefühle (spricht zeitgleich mit P.S.), ja. Das wollte ich eigentlich damit auch, das ist mir jetzt auch einfach irgendwie eingefallen, weil mit Geburt selber jetzt, oder ich mein, natürlich also ich, da kommt immer das Bild, das ich den Max halte. Das ist immer ganz toll. Aber das ist nur eine Seite im Endeffekt von, von dem Ganzen.
 P.S.: Das würde dann so hier sein.
 Frau A.: Genau.
 P.S.: Mhm.
 Frau A.: Hier auf der Seite
 P.S.: Mhm'...für diese andere Seite, da haben Sie auch noch nicht so Bilder, davon, wie das so sein könnte.
 Frau A.: Da konnte ich mir jetzt eigentlich nicht so viel drunter vorstellen, weils halt wie gesagt irgendwie, wars noch nie da gewesen. So im Endeffekt, von daher kommt da auch konkret kein Bild im Endeffekt.
 P.S.: Ja.
 Frau A.: Und deswegen, hab ich das halt jetzt so gezeichnet (lacht).
 P.S.: Mhm, mhm'...Aber so dieses Bild mit Ihrem Sohn im Arm, da haben Sie auch schon so ne
 Frau A.: konkrete Vorstellung. Genau, so richtige Bilder einfach.
 P.S.: Und auch so ein Gefühl dazu, wie das so sein wird
 Frau A.: Genau. Und bei dem anderen kann ich mir irgendwie nichts drunter vorstellen, (atmet tief ein) deswegen hab ich da kein Bild dazu und auch noch kein Gefühl. Natürlich, ich hab ein bisschen Angst, klar, das ist immer so, wenn irgendwas Unbekanntes auf einen zukommt, aber so konkrete Vorstellungen jetzt oder Bilder dazu (stößt rasch den Atem an den Zähnen vorbei aus)
 P.S.: Mhm, mhm.
 Frau A.: Deswegen dachte ich, wärs einseitig, mich jetzt mit dem Max jetzt irgendwie zu malen, weil es zeigt ja nur ein Aspekt von dem Ganzen.
 P.S.: Das wäre nur die Hälfte.
 Frau A.: Genau...
 (Frau A., 7.Sitzung, S. 6, Z. 32-52 bis S. 7, Z. 1-25)

In dieser Sequenz differenziert Frau A. die Unterschiedlichkeit der beiden Gesichtshälften. Sie beschreibt die rechte Gesichtshälfte als „harmonischer“ durch die heller und einheitlicher aufgetragene Farbe. Die linke Seite bedeute für sie mehr „Unruhe“ durch die „verschiedenen Farben“. Die rechte Seite, die sie positiv besetzt, verbindet Frau A. mit einem konkreten Bild, nämlich wie sie ihren Sohn hält. Die linke Seite, die andere Seite „des Ganzen“ ist nicht so konkret. Hier fehlen ihr konkrete Bilder und Gefühle: „Und bei dem anderen kann ich mir irgendwie nichts drunter vorstellen, (atmet tief ein) deswegen hab ich da kein Bild dazu und auch noch kein Gefühl. Natürlich, ich hab ein bisschen Angst, klar, das ist immer so, wenn irgendwas Unbekanntes auf einen zukommt, aber so konkrete Vorstellungen jetzt oder Bilder dazu (stößt rasch den Atem an den Zähnen vorbei aus)“. Für Frau A. gehören beide Seiten zusammen, lediglich das Positive zu betrachten wäre „nur ein Aspekt von dem Ganzen“. Die beiden Gesichtshälften könnten auch die komplexen Gefühle zu dieser Schwangerschaft bedeuten, einerseits das Glückliche, dass Frau A. ein Kind

erwartet, was sie per se sehr begrüßt, andererseits die Komplikation in der Schwangerschaft mit dem daraus resultierenden Klinikaufenthalt. In der Klinik ist Frau A. gezwungen zu liegen. Sie befindet sich quasi in einer andauernden Ruhephase, was der linken schlafenden Gesichtshälfte entsprechen würde. Durch das Drehen des Bildes und des Betrachtens von allen Seiten, entstehen neue Perspektiven und Assoziationen:

P.S.: Soll ichs noch mal drehen? Wie sichs von´
Frau A.: Ja
P.S.: Ja`
Frau A.: Mhm
(15 Sekunden Pause, Bild wird gedreht)
Frau A.: Noch mal auf die Seite, nee, auf die andere Seite´, nee andersrum, ja genau, genau so, noch einmal drehn, genau. Man kanns natürlich auch so drehn, ge´ (lacht). Sieht irgendwie auch...(10 Sekunden Pause) Sieht irgendwie aus, als würde die obere Hälfte die untere Hälfte wachküssen (lacht).
P.S.: Aha´...als würde die untere Hälfte schlafen.
Frau A.: Ja, genau.
P.S.: Liegen und schlafen´
Frau A.: Und die obere Hälfte würde die untere Hälfte irgendwie wachküssen und sie anschauen.
P.S.: Ach so, als wären das quasi fast wie zwei Personen.
Frau A.: Ja, genau.
P.S.: Stimmt.
(10 Sekunden Pause)
Frau A.: Ja, stimmt. Ja, auch nicht schlecht (lacht etwas).
(30 Sekunden Pause)
P.S.: Was ist das für ein Gefühl, wenn Sie das so anschauen?...Wenn die obere Hälfte die untere wachküsst? (10 Sekunden Pause)
Frau A.: Ja, ich weiß nicht. Wie wenn eins auf das andere folgen müsste, und...mh, wie soll ich das ausdrücken, oh Gott... (20 Sekunden Pause)
P.S.: (spricht leise) Als wenn eins auf das andere folgen müsste
Frau A.: Also...(20 Sekunden Pause)
P.S.: (leise) was ist zuerst?
Frau A.: Ja wie wenn einfach man, mh (atmet aus), ich weiß auch nicht, wie wenn es nicht so schlimm wäre. Also, wie wenn die obere Hälfte die untere Hälfte küsst und sagt: „So schlimm ist es eigentlich gar nicht“ oder so. Also so denk ich mir jetzt. Also...
P.S.: Mhm...Als ob sie Mut macht?
Frau A.: Ja, genau.
P.S.: Kraft gibt?
Frau A.: Genau.
P.S.: Und das folgt nach dem, also das war zuerst` und das kommt dann, weil eben sagten Sie, das eine müsste auf das andere folgen. Oder, so was hatten Sie gerade eben gesagt.
Frau A.: Ja, ehm, ach Gott wie soll ich das ausdrücken, ähm...(10 Sek. Pause) Ja wie wenn ne Schlafende wachgeküsst werden müsste. Einfach also, dass man sagt, ähm, das eine bedingt das andere´
P.S.: Mhm
(7 Sek. Pause)
Frau A.: Ja, und einfach irgendwie das Positive dann, am Ende.
P.S.: Mhm...also das braucht quasi auch diesen Wachkuss.
Frau A.: Genau...genau.
P.S.: Mhm, und würden Sie sagen, dass ist jetzt auch so die...so gehört's?
Frau A.: Ja, so find ich es eigentlich sogar noch besser, muss ich sagen.
P.S.: Mhm
Frau A.: Aha (zustimmend)
P.S.: Das Obere küsst das Untere wach.

Frau A.: Genau
P.S.: Ja`
Frau A.: Ja, finde ich gut.
P.S.: Gut, ja
(15 Sek. Pause)
P.S.: Hat das auch so was Tröstendes?
Frau A.: Ja. Auf jeden Fall. Genau.
(7 Sek. Pause)
P.S.: Das machts wieder gut? So in der Richtung`
Frau A.: Mhm, genau. So, so in die Richtung. Ja.
(Frau A., 7. Sitzung, S. 7, Z. 9-52 bis S. 8, Z. 1-18)

Durch das Drehen des Bildes entdeckt Frau A. einen neuen Aspekt. Sie entschließt sich sogar für die neue Perspektive und dreht das Bild um 90 Grad nach links, so dass die helle Hälfte über der dunkleren liegt. So erscheint das zweigeteilte Gesicht plötzlich wie zwei Personen, wobei die helle, wache und positive Seite die dunklere, schlafende Seite „wachküssen“ würde.

Beim näheren Betrachten und Explorieren der eigenen Empfindungen zu dieser Sichtweise sagt Frau A.: „Wie wenn eins auf das andere folgen müsste“ und „Ja wie wenn einfach man, mh (atmet aus), ich weiß auch nicht, wie wenn es nicht so schlimm wäre. Also, wie wenn die obere Hälfte die untere Hälfte küsst und sagt: „So schlimm ist es eigentlich gar nicht“ oder so“.

Das „Aufeinanderfolgen“ könnte sich auf Verschiedenes beziehen, zum einen könnte die Geburt, die immer auf eine- wenn auch komplizierte- Schwangerschaft folgt, gemeint sein, zum anderen könnte sich darin unbewusst ausdrücken, dass nach der ersten missglückten Schwangerschaft nun mit hoher Wahrscheinlichkeit ein gesundes und lebendes Baby geboren werden wird. Und dies wiederum den Verlust des ersten Kindes relativieren oder nicht mehr „so schlimm“ erscheinen lassen würde.

Die Therapeutin bietet die Worte an: „so was Tröstendes“ und „Das machts wieder gut?“, worauf Frau A. zustimmt. Möglicherweise stecken beide Bedeutungen in der Gestaltung, also dass eine gelungene Entbindung die schwierige Zeit in der Klinik aber auch den Verlust des ersten Kindes nicht mehr „so schlimm“ erscheinen lässt. Die linke oder nun untere Gesichtshälfte könnte auch für die Verdrängung des Schmerzes über den Verlust des ersten Kindes stehen, für das „Augen verschließen“. Interessanterweise wollte Frau A. in dieser Therapieeinheit keine Entspannungs- oder Einspürübung:

Frau A.: Nee. Das (Entspannen) hätte jetzt auch gar nicht hingehauen. Weil ich konnte mich jetzt auch gar nicht konzentrieren und entspannen überhaupt, die Augen zu machen, die flattern dann immer so
(Frau A., 7. Sitzung, S. 4, Z. 17-19)

Dass Frau A. sich nicht entspannen konnte, die Augen dabei geflattert hätten, könnte eine Reaktion auf die vorherige Stunde sein, wo sie erstmals ganz ausführlich über die für sie traumatische Fehlgeburt mit den damit verbundenen Schuldgefühlen und

Versagensängsten gesprochen hatte. Möglicherweise wollte sich Frau A. unbewusst nun nicht noch mal auf die schmerzhaften Erinnerungen einlassen. Durch die Entspannungs- und Einspürübungen gelingt oftmals ein schnellerer Zugang zu inneren Bildern und Empfindungen. Das „Doppelgesicht“ könnte demnach auch bedeuten, dass Frau A. mit einem Auge nun wach das Geschehene betrachten konnte, ein Auge aber noch verschließen möchte, bis letztendlich die bevorstehende Geburt gut verlaufen ist.

Mit den kubistischen Stilmitteln ist es Frau A. möglich, das (Ab)Geteilte, Getrennte, „Auseinanderfallende“ bildnerisch darzustellen. Verschiedene perspektivische Ansichten (Seite und frontal) ein und desselben in einem Bild erscheinen wie zwei Seiten einer Medaille, einerseits die Traurigkeit oder Verdrängung der Angst vor einem erneuten Verlust, andererseits die Freude schwanger zu sein und bald endlich ein Kind zu haben. Das Bild erinnert auch an Darstellungen von Sonne und Mond in einem. Die dunkle Seite ist der Mond (auch mit Mondsichelform), die Nacht, sogar schlafend. Die rechte Seite ist die Sonne, der Tag. Die Nacht und der Tag bilden ein Ganzes und gehören in ihrer Gegensätzlichkeit doch zusammen.

Außerdem ist durch die kunsttherapeutische Durcharbeit des traumatisch belastenden Ereignisses im Blickwinkel eine Wendung eingetreten, die sich besonders auch durch das „Wachküssen“ in der Liegeposition symbolisiert. Auch erscheint ein angstfreierer und flexiblerer Umgang mit den traumatischen Ereignissen durch die Aufforderung an die Therapeutin, das Bild zu drehen und zu wenden. Das könnte heißen, man kann es drehen und wenden, sie ist den verschiedenen Sichtweisen besser gewachsen und ist stabiler geworden, beziehungsweise sie ist dabei sich zu stabilisieren.

10.1.15 Achte Sitzung Frau A.: Bild Nr. 8 „Rückblick“, Collage aus Zeitungsausschnitten, 40 x 40cm



Entstehungsprozess:

Dieses Bild entstand nach einer Lockerungsübung (die Gelenke nach und nach beim Ausatmen locker bewegen von den Füßen beginnend bis zum Hals, siehe auch Kapitel FE). Den Themenvorschlag: „Abschied/ Loslassen“ (Abschied von der Zeit der Schwangerschaft, der Zeit im Krankenhaus, der Kunsttherapie) empfand Frau A. als zu traurig, so dass sie lieber etwas zum Thema „Rückblick“ arbeiten wollte. Das gewählte Format ist wieder 40 x 40 cm. Frau A. entschied sich für die Technik der freien Collage (S. 30, In Kunsttherapeutischen Sitzungen zusätzlich verwendete

Methoden), wobei Frau A. fast die gesamte Zeit damit zubrachte, Bilder aus Zeitschriften auszuwählen und zuzuschneiden. Dadurch konnte Frau A. das Bild nicht in dieser Stunde fertig stellen, sondern erst in der Abschlussstunde.

Bildbeschreibung:

Auf dem Bild sind sowohl rechts als auch links Bildausschnitte, Worte und Sätze zu einer Art Cluster zusammengestellt. Zwischen den Clustern ist noch freie Fläche, die die beiden Seiten voneinander trennt.

Links sind Worte zu lesen wie:

„Nerviger Nachbar“, „Ursensibel“, „Beharrlichkeit und Ausdauer“, „fühlt“, „Beim Aufwachen ist alles vorbei“.

Zwischen diesen Worten und Sätzen sind Bilder, die alle an Comics erinnern, alle gezeichnet, bis auf ein Bild mit den Figuren der Sesamstraße (Bibo, Krümelmonster etc.). Ein Arzt ist zu sehen, der eine Spritze in die Luft hält. Daneben ist ein Bild zu sehen von einer gelben Kuh auf Rollen, die geschoben und gezogen wird. Darüber sind die Sesamstraßenfiguren zu sehen. Rechts oben daneben ist ein kleines Bild zu sehen von zwei asiatisch aussehenden Kindern, die die Mundwinkel nach unten und ihre Augen zu Schlitzen ziehen. Und darüber befindet sich ein auf zwei Skiern im Weltall schwebender Astronaut zwischen Mond und Weltkugel.

Das Wort „fühlt“ ist sehr groß und zentral.

Zwischen der linken und rechten Hälfte des Blattes sind noch zwei weitere Comicbilder zu sehen. Eines mit einer kräftigen Figur in einem Sportstrikot mit einer Zahl auf dem Rücken, die mit einem riesigen Fernrohr in die Ferne schaut.

Das zweite Bild, das zugleich das einzige Bild ist, das mit dem unteren Rand abschließt, zeigt eine hochschwangere Frau mit rotem Pullover, Schal und Mütze in einer Winterlandschaft. Ihre rechte Hand ruht auf dem Bauch, sie schaut nach links und strahlt.

Das rechte Bildercluster besteht aus insgesamt fünf Bildern, diesmal Fotografien, und zwei Schriftzügen: „Super drauf“ und „Gefühl“.

Die beiden Schriftzüge rahmen quasi vier Bilder davon ein, ein schwarz-weiß Bild einer schwangeren Frau, die lacht und ihren nackten Bauch freudig zeigt. Darüber sind ein Bild mit Schleifen aus Geschenkbändern und ein Bild mit Schere, Klebstoff und auszuschneidenden Bildern mit Flugzeugen zu sehen, direkt daneben ein Foto einer farbigen Malerei. Über dem Schriftzug „Super drauf“ ist ein Foto eines Holzgefährtes mit Anhänger für Kleinkinder zu sehen.

10.1.16 Interpretation des Materials der achten Sitzung

Die entstandene Collage ist nach dem Ende dieser Therapieeinheit noch nicht komplett fertig gestellt. Frau A. ordnete die ausgewählten Bildausschnitte und Worte so an, dass zwei durch eine weiß gelassene Fläche voneinander getrennte Seiten entstehen. Am unteren Bildrand sind zwei Frauenfiguren zu sehen, eine davon ist schwanger, eine andere schaut mit einem Fernrohr schräg nach oben in Richtung rechtes Bildcluster, damit könnte Frau A. sich selbst zum einen als schwangere Frau und zum anderen in die Ferne blickend dargestellt haben. Frau A. äußert sich in der Therapiesitzung folgendermaßen:

- Frau A.: (...) ich kann schon mal was dazu sagen (lacht) wie ich mir das gedacht hab. Also das ist eigentlich so der Rückblick. Das bin ich jetzt, in diesem Moment'
- P.S.: Mhm'
- Frau A.: Und, das ist eigentlich so mehr der negative Aspekt, bei meiner Rückschau irgendwie, also negativ ironische Aspekt, also das finde ich irgendwie auch so, was ich so im Krankenhaus an Personen irgendwie, was ich miterlebt hab, also im Nachhinein finde ich es komisch, es waren halt auch, ähm, nicht so tolle Sachen, also dieses Ursensibel, oder hier auch, wo ich manchmal echt genervt war, oder oder ja ich weiß auch nicht, einfach mich missverstanden gefühlt habe, oder vielleicht auch manche Reibereien da waren, die mir nicht so gefallen haben. Dann ähm, habe ich mich am Anfang auch ziemlich verloren gefühlt, wo ich hierher gekommen bin, das weiß ich noch, also da habe ich mich total einsam gefühlt, da war die Mutter von meinem Freund ja hier wie gesagt, die hat mich hierher begleitet, mein Freund war fünf Wochen weg, und, ähm, er ist am Montag gefahren, und am Mittwoch bin ich hier eingeliefert worden. Da kam ich mir ziemlich verlassen vor, und hier das ist eigentlich mehr so, tja, das Tauziehen, das sind schon verschiedene Aspekte von den Ärzten, weil es kommt ja auch immer wieder ein anderer Arzt, und viele haben dann auch immer wieder unterschiedliche Meinungen, der eine sagt: „Ja können Sie nicht mal ein bisschen Fahrrad fahren im Bett“, der andere sagt: „Um Gottes Willen bloß nicht aufstehen“ und so, also wie so ein Tauziehen ist das eigentlich. Also man weiß dann nicht so, in welche Richtung soll ich denn jetzt eigentlich so gehen, weil halt viele Ärzte haben viele Meinungen im Endeffekt.
- P.S.: Mhm.
- Frau A.: Deswegen auch der Arzt hier', dann einfach „fühlt“, also dieses Gefühl, was ich hier hatte,
(Frau A., 8. Sitzung, S. 6, Z. 3-32)

In dieser Sequenz beschreibt Frau A. die linke Seite als „so mehr der negative Aspekt“ während der Krankenhauszeit.

Die negative Seite

Verschiedene Bereiche empfand Frau A. als belastend, so beispielsweise sich „echt genervt“ fühlen durch Bettnachbarinnen („Nerviger Nachbar“):

- Frau A.: „Nerviger Nachbar“ war so diese ständigen Wechsel, das fand ich total nervig auch irgendwie. Teilweise, ich mein es waren auch viele nette Frauen dabei, und an die ich mich auch gewöhnt habe nach einer Woche, und die dann einfach wieder weggegangen sind, und wo man gesagt hat: „Mensch, jetzt gehen die nach Hause mit ihren Familien.“ Vielleicht passt 'nerviger Nachbar' jetzt nur auf eine Person. Ich hatte eine, mit der habe ich mich überhaupt nicht verstanden. Also aber von daher, ich mein, das war überhaupt generell nervig so dieser Nachbarwechsel.
- P.S.: Mhm, ja, der Wechsel und auch das Schnarchen und all so was.
- Frau A.: Ja genau, ja, mhm. Ja (lacht) genau (lacht) Das Schnarchen! Und das ist dann halt immer schade dann.

Da Frau A. einige Wochen in der Klinik verbrachte und nicht viel Besuch hatte, empfand sie das Pflegepersonal teilweise als einzigen Bezugspunkt am Tag, wodurch Missverständnisse und „so manche Reibereien“ sie sehr belasteten:

- Frau A.: Ja gut, weil ich war in der Zeit irgendwie, fand ich jetzt so hypersensibel geworden bin. Also ich glaube, das hängt irgendwie auch damit zusammen, dass der einzige und meiste Kontakt den man hat, ist so von den Schwestern. Und man macht sich auch den Tag von den Schwestern abhängig. Man sitzt dann schon hier: „Jetzt kommt die da so schlecht gelaunt rein, hab ich irgendwas gemacht, oder mh, passt denen jetzt irgendwas nicht“. Man macht halt auch viel von von von von Leuten abhängig, die einem sonst eigentlich völlig egal wären. Und nur weil die einfach so diesen Tagesablauf einfach ein bisschen durchbrechen, so diese Langeweile, die Einöde, indem sie reinkommen, und da wird man total auf Sachen fixiert, die eigentlich völlig unwichtig sind.
- P.S.: Mhm
- Frau A.: Also weil man einfach nichts zu tun hat den ganzen Tag.
- P.S.: Mhm.
- Frau A.: außer lesen und Fernsehschauen, finde ich. Und ich glaub, da ich eh so ein bisschen so ein sensibler Mensch bin, hat das dann auch noch so ein bisschen dazu beigetragen.
- P.S.: Dann hat sich das verstärkt.
- Frau A.: Ja, genau. Genau.
(Frau A., 8. Sitzung, S. 7, Z. 4-23)

Frau A. litt zeitweise an dem Gefühl von Einsamkeit, da ihr Lebenspartner anfangs einige Wochen beruflich unterwegs war (Astronaut im Weltall):

- P.S.: Und hier, diese Situation, dass ihr Freund fünf Wochen weg war' ähm, und das ist dann im Prinzip direkt genau passiert?
- Frau A.: Als ich hierher gekommen bin.
- P.S.: Als Sie hierher gekommen sind.
- Frau A.: Genau.
- P.S.: Und da war er fünf Wochen auch weg
- Frau A.: Genau, konstant weg, und ich war dann also, seine Mutter war hier, ich muss dazu sagen, wir kennen uns, aber wir kennen uns jetzt nicht so gut, im Endeffekt (...) und wir sehen sie halt auch nicht so oft, und wir haben jetzt auch nicht so irgendwie so intensiven Kontakt gehabt. Und für mich war das ja auch in gewisser Weise auch eine fremde Person dann im Endeffekt.(...) sie war dann praktisch nur bei uns zu Hause, und hat praktisch dann mich besucht, also jeden Tag oder jeden zweiten Tag, ähm, einfach damit jemand da ist. Damit ich die Sicherheit habe, dass überhaupt jemand da war, weil meine Eltern leben wie gesagt 350 Kilometer entfernt, ich habe noch zwei kleine Geschwister, die haben halt so ein richtiges Familienleben, da kann sich meine Mutter nicht einfach so loseisen.
- P.S.: Mhm.
- Frau A.: Und da hab ich mich schon manchmal ganz schön verloren gefühlt. Also wo ich gesagt hab, pfff, und, wie krieg ich das hin. Und und und, ich hatte dann auch niemanden so zum Reden, gut der (Freund) war auch total im Stress, geschäftlich und so, der hätte auch nicht Zeit gehabt sich am Telefon mit meinen Sachen auseinanderzusetzen, obwohl er versucht hat sich die Zeit wirklich zu nehmen. Aber ich mein bei 1200 Kilometer Entfernung oder wo auch immer er war, das ist halt immer ein bisschen schwierig. Da hat man schon immer das Gefühl, dass man auch alleine ist.
(Frau A., 8. Sitzung, S. 7, Z. 24-52 bis S. 8, Z. 1-10)

Frau A. fühlte sich durch unterschiedliche Meinungen innerhalb der Ärzteschaft verunsichert, was sie durch die beiden Bilder „Arzt mit Spritze“ und das Bild mit einer Kuh auf einem Rollbrett ausdrückt. Am Kopfende der Kuh zieht ein Mann, und am hinteren Ende schiebt ein anderer Mann. Frau A. spricht von „Tauziehen“ innerhalb der Ärzteschaft, wobei Frau A. in dem Fall quasi die gelbe Kuh ist, an der gezerrt und geschoben wird.

Frau A.: und hier das ist eigentlich mehr so, tja, das Tauziehen, das sind schon verschiedene Aspekte von den Ärzten, weil es kommt ja auch immer wieder ein anderer Arzt, und viele haben dann auch immer wieder unterschiedliche Meinungen, der eine sagt: „Ja können Sie nicht mal ein bisschen Fahrrad fahren im Bett“, der andere sagt: „Um Gottes Willen bloß nicht aufstehen“ und so, also wie so ein Tauziehen ist das eigentlich. Also man weiß dann nicht so, in welche Richtung soll ich denn jetzt eigentlich so gehen, weil halt viele Ärzte haben viele Meinungen im Endeffekt. (Frau A., 8. Sitzung, S. 6, Z. 21-29)

Die positive Seite

Frau A.: und, ja und hier eigentlich der positive Aspekt, also unsere Stunden, ja das war wie so ein Paket, das man auspackt und weiß eigentlich nicht, was so passiert, das war ziemlich interessant und spannend finde ich‘

P.S.: Mhm

Frau A.: Ja und, das Bild mehr als Ausdruck für das was wir hier so gemacht haben, und auch hier so diese Bastelsachen, dann war es also auch für mich, das vereint jetzt also unsere Stunde und auch so die Schwangerschaft so ein bisschen, das ist also alles so positive Seite im Endeffekt. Wars halt auch ne schöne Reise, einfach das Gefühl schwanger zu sein und der Bauch wird immer dicker, das war also auch was Positives, ganz klar, und das ist also mehr die positive Seite. Und das hier ist das, worauf ich mich freue, im Endeffekt, also nach Hause gehen mit meinem Bauch, und (atmet tief ein) ja, einfach ein bisschen, also, das machen was ich will. (Frau A., 8. Sitzung, S. 6, Z. 32-46)

Auf der rechten Seite sind Bilder zu sehen, die Frau A. mit positiven Gefühlen und Erlebnissen verbindet. Darunter zählen unter anderem auch die kunsttherapeutischen Sitzungen, wobei ihre Formulierung darauf schließen lässt, dass sie die Kunsttherapie nicht nur einfach angenehm, sondern eventuell auch herausfordernd erlebt hat: „unsere Stunden, ja das war wie so ein Paket, das man auspackt und weiß eigentlich nicht, was so passiert“. Innerhalb des kunsttherapeutischen Prozesses wurde Frau A. mit ihrem verdrängten Schmerz über den Verlust des ersten Kindes konfrontiert, womit sie wahrscheinlich zunächst nicht gerechnet hatte. Frau A. zeigte sich aber in ihrem Tempo dazu bereit, diese traumatische Erfahrung zu betrachten und ein Stück mehr zu verarbeiten, was sie nach anfänglicher Erschütterung

stabilisierte, denn sie konnte im Sinne des „opening up“³⁷, des entlastenden Redens, Schuldgefühle und Trauer äußern.

Letztlich war die Kunsttherapie für Frau A. auch eine Abwechslung, die sie „ziemlich interessant und spannend“ erlebte. Es ist auch möglich, dass sich der Schriftzug „Super drauf“ auf ihr Empfinden nach der Kunsttherapie bezieht, da Frau A. im Anschluss an die Treffen stets freudig und gut gelaunt war, was sich auch durch die im Anschluss an die Stunde ausgefüllten Fragebögen feststellen lässt.

Zur positiven Seite zählt auch die Schwangerschaft an sich: „einfach das Gefühl schwanger zu sein und der Bauch wird immer dicker“. Hierfür steht wohl das Schwarz-Weiß Foto mit der schwangeren Frau, die ihren schwangeren Bauch entblößt und dabei freudig lacht. Die Frau auf dem Bild wirkt selbstbewusst und fröhlich. Frau A. formuliert dazu: „Und das hier ist das, worauf ich mich freue, im Endeffekt, also nach Hause gehen mit meinem Bauch, und (atmet tief ein) ja, einfach ein bisschen, also, das machen was ich will.“ In diesem Ausspruch wird der Wunsch und das große Verlangen deutlich, wieder selbstbestimmt und autonom handeln zu können.

Insgesamt erinnert die Zweiteilung der Collage in Positiv und Negativ an das zuletzt entstandene Bild der vorherigen Stunde zum Thema „Geburt“, zwar mit anderem Material aber eben auch in dieser Einteilung.

³⁷ „opening up“: **Opening Up: The Healing Power of Expressing Emotions** by James W. Pennebaker, The Guilford Press, New York 1997

10.1.17 Neunte Sitzung Frau A.: Bild Nr. 9 „Rückblick II“, Collage mit Deckfarbe und Zeitungsausschnitten, 40 x 40 cm



Dieses Bild ist die Fortsetzung des in der vergangenen Stunde begonnenen Bildes.

Zu den bereits aufgeklebten Bildern und Schriftzügen sind keine weiteren Bilder hinzugefügt worden, lediglich ist nun noch Deckfarbe hinzugekommen.

Zwischen dem linken und dem rechten Bildcluster erstreckt sich nun eine graue geschwungene Straße/ Autobahn, die beide Seiten klar voneinander trennt. Die Straße hat in der Mitte eine unterbrochene weiße Linie, sie ist zweispurig. Auf der linken Seite ist um die aufgeklebten Bilder ein ocker-, sandfarbener Hintergrund mit

Deckfarbe gemalt, auf dem sich einige einzelne Blüten zeigen, drei rote und zwei gelbe. Ebenso befinden sich graue Stellen auf dem bräunlichen Untergrund, wie eine Art Schotter oder Steine.

Am unteren Ende der Autobahn klebt das Bild mit der Figur mit dem großen Fernrohr, so als ob diese Figur die Autobahn entlang schaut bis zum nicht sichtbaren Ende. Ein Viertel der unteren Bildseite ist nach wie vor weiß gelassen. In der linken oberen Ecke befindet sich eine kleine weiße Stelle in der Form eines Dreiecks. Auf der rechten Seite der Autobahn sind drei mit Deckfarbe gemalte runde Gebilde hinzugekommen, die aus konzentrischen Kreisen bestehen. Der Mittelpunkt ist jeweils ein gelber Kern, um den sich verschiedene farbige Schichten legen. Einmal in Rot- und Violettönen, die anderen beiden kreisförmigen Gebilde aus Grün- und Blautönen. Der gelbe Kern in dem rot-violetten Kreis ist etwas kleiner als in den beiden blau-grünen Kreisen. Die beiden blau-grünen Gebilde grenzen jeweils direkt an den Straßenrand an, d.h. jeweils wenn die Straße eine Rechtsbiegung macht, was zweimal geschieht. Das rot-violette kreisförmige Gebilde liegt direkt an dem oberen grün-blauen Gebilde an. Alle Kreise sind durch die aufgeklebten Bilder teilweise verdeckt, d.h. die äußere Schicht der konzentrischen Kreise ist etwas überdeckt. Das einzige Bild, das an den unteren Bildrand stößt, ist das Bild einer schwangeren Frau in einer Winterlandschaft mit Tannenbäumen im Hintergrund. Die Frau schaut nach links. Rechts und links dieses Bildes befindet sich eine freie weiße Fläche, erst oberhalb des Bildes beginnt die Straße. Das Bild der Frau ist nicht in der Mitte des unteren Bildrandes, sondern etwas nach rechts versetzt.

10.1.18 Interpretation des Materials der neunten Sitzung

Frau A. hat in dieser Stunde, die gleichzeitig die letzte Kunsttherapiesitzung ist, das Bild der vergangenen Stunde zu Ende gebracht. Hierfür hat sie die Collagetechnik mit dem Auftragen von Deckfarben kombiniert.

Durch die zweiseitige Straße wird die Teilung zwischen linker und rechter Bildhälfte noch deutlicher. Auch die Deckfarbe, die die Bildhälfte links der Straße ausfüllt, steht im Kontrast zur rechten Seite, deren Hintergrund weiß gelassen wurde. Das Bild der schwangeren Frau, das an den unteren Bildrand stößt, befindet sich zwar mehr auf der rechten Seite, aber da die Straße erst oberhalb dieses Bildes beginnt, erscheint es, als ob dieses Bild relativ allein steht und nicht direkt in das Geschehen oberhalb involviert ist. Diese schwangere Frau, die vermutlich für Frau A. steht, wird dadurch zu einer Beobachterin, die quasi über den Dingen, beziehungsweise vor dem

Geschehenen zu stehen scheint und nicht – nicht mehr- involviert ist. Die Person mit dem Fernrohr befindet sich auf der Straße und scheint zurück zu blicken und genau zu beobachten.

Ich werde nun im Einzelnen Aspekte interpretieren, die im Text deutlich werden:

„Autobahn“: verändertes Zeitempfinden durch Rückblick

- Frau A.: Das sieht jetzt vielleicht komisch aus, aber mir kommt es im Nachhinein, weil es ist ja für mich irgendwie so ein bisschen so eine Rückschau jetzt.
- P.S.: Ja´
- Frau A.: In dem Sinne, kommt´s mir ziemlich schnell vor, dass ich neun Wochen, über neun Wochen hier verbracht hab. Und deswegen irgendwie jetzt hier so diese Autobahnspur im Endeffekt, also, weil, weil es echt schnell vergangen ist. Also ich, ich mein, normalerweise ich würde echt nie sagen, dass ich über neun Wochen hier war, ich mein, das ist schon ne ziemlich lange Zeit.
- P.S.: Mhm...aber so im Rückblick war es dann sehr schnell.
- Frau A.: Ja, sehr schnell eigentlich. Also ich könnte, würd nie sagen, dass ich neun Wochen hier war. Das, das ist echt schnell vergangen. Also wenn ich so gucke, so am Anfang, wo ich hierher gekommen bin, so in der 24. Woche, hab ich gedacht, puh, hier wirst du echt ewig liegen, da kommst du nicht mehr so schnell raus. Aber es ging eigentlich jetzt so im Nachhinein ganz schnell (...)
(Frau A., 9. Sitzung, S. 6, Z. 8-24)

Für Frau A. sieht das Entstandene zunächst „komisch“ aus. Möglicherweise hat Frau A. dieses Bild nicht bewusst intendiert, denn sie sagt, ihr komme „es im Nachhinein“ (in den Sinn/ ins Bewusstsein), dass dies eine „Rückschau“ ist, eine Rückschau auf die vergangenen „neun Wochen“. Diese Zeit erlebt Frau A. nun im Rückblick als „echt schnell vergangen“, obwohl sie zu Beginn der Zeit in der Klinik das Erleben hatte, dass sie „echt ewig liegen“ müsste.

Frau A. spricht nicht von „Straße“, sondern von einer „Autobahnspur“, was das Empfinden von Schnelligkeit unterstreicht.

Zeit im Hier und Jetzt

Ein ähnliches Erleben zeigt sich schließlich parallel im aktuellen therapeutischen Prozess, denn am Ende der Kunsttherapiesitzung wird dann sogar die Zeit knapp, um das Bild fertig zu stellen und in seiner Komplexität zu explorieren:

- P.S.: Sie haben jetzt noch fünf Minuten Zeit,
- Frau A.: Fünf Minuten!
- P.S.: die Sie für sich nutzen können. Ja.
- Frau A.: Ehrlich, hab ich jetzt schon so lange rumgemalt. Oh Gott! (lacht etwas)...Wahnsinn (2 Minuten 11 sek. Pause)
- Frau A.: Ziemlich buntes Bild.
(1/2 Minute Pause)
- P.S.: Viele verschiedene Aspekte, viele verschiedene Farben.
- Frau A.: Mhm...stimmt.
(1/2 Minute Pause)
- Frau A.: Haben wir noch Zeit für einen Kreis?
- P.S.: Ja, wir haben noch zwei Minuten Zeit. (beide lachen) Jetzt läuft die Zeit davon. Von ganz lang, ganz viel Zeit, die Sie jetzt hier waren.
- Frau A.: Und zum Schluss hat man keine Zeit mehr, das ist auch lustig.

Frau A. erlebt am Ende des Therapieprozesses die Relativität von Zeit. Zu Beginn der gemeinsamen Arbeit schien die Zeit des Wartens sehr lang, zum Schluss fehlt noch etwas Zeit, um in Ruhe zu Ende zu kommen. Frau A. empfindet diese Dialektik als „lustig“.

steinige Öde mit vereinzelt Blumen: langweilige, triste Zeit mit schönen Momenten

- Frau A.: Ich wollte eigentlich nur damit sagen, auf der einen Seite, war halt das, ähm, der, ja der ganze Verlauf ein bisschen steinig, aber es gab auf jeden Fall ein paar Lichtpunkte, also Lichtblicke´
- P.S.: Mhm´, ja.
- Frau A.: in denen, äh, ph, indem ich halt einfach nette Nachbarinnen kennen gelernt hab, mit denen, ich hatte auch viel Spaß muss ich sagen, war ja nicht alles jetzt irgendwie mies, oder, oder doof oder so. Sondern ich hatte ja auch eigentlich nette Leute kennen gelernt. Und von daher war es auch eigentlich nicht so schlecht oder oder furchtbar, deswegen die Blumen. Und ich wollt halt irgendwie, ähm, einfach so, wie soll ich sagen, wie eine Öde darstellen, im Endeffekt, so mit Steinen und allem, und dazwischen halt so ein paar Blumen. Ich weiß nicht, aber das ist jetzt nicht so ganz gelungen (lacht etwas).
- P.S.: Nicht so, wie sie es sich vorgestellt haben.
- Frau A.: Nee, das war jetzt irgendwie nicht so, wie ich mir das vorgestellt hab. Aber, na ja gut, immerhin...von daher...
- P.S.: Aber einerseits war eben in diesen, also, war diese Öde schon erlebbar, als steinig, und, ähm, unangenehm, aber es gab doch so Lichtblicke und
- Frau A.: Genau.
- P.S.: schöne Sachen auch, die Sie auch vielleicht im Rückblick jetzt nochmal, äh, eher sehen, so
- Frau A.: Genau. Also, ja. Genau, also ich mein, es war ja nicht alles so, dass, ich mein, gut am Anfang hab ich mich halt wie gesagt so ein bisschen verloren gefühlt, und danach so dieses Theater mit den Schwestern so ein bisschen (lacht etwas) ehrlich gesagt, das war ja, im Nachhinein ist das natürlich auch lustig, und so ein bisschen, ähm, ja, kann man es belächeln, eigentlich im Endeffekt, aber, und es war auch wirklich nett, ich hab auch nette Leute kennen gelernt (...)
- (Frau A., 9. Sitzung, S. 7, Z. 24-51 bis S. 8, Z. 1-2)

Im Rückblick betrachtet Frau A. die linke „negative“ Seite differenzierter, denn obwohl „der ganze Verlauf ein bisschen steinig (war), (...) gab (es) auf jeden Fall ein paar Lichtpunkte, also Lichtblicke“. Diese „Lichtblicke“ sind durch vereinzelt Blumen dargestellt und bedeuten beispielsweise „nette Leute“, die sie im Laufe dieser Zeit kennen gelernt hat.

Die Steine oder der Schotter in der Nähe des Straßenrandes könnten für die Schwierigkeiten stehen, die Frau A. während des Klinikaufenthaltes durchstehen musste, beispielsweise die zeitweilige Einsamkeit („am Anfang hab ich mich halt wie gesagt so ein bisschen verloren gefühlt“) oder Konflikte mit dem Pflegepersonal („so dieses Theater mit den Schwestern so ein bisschen“).

- Frau A.: Also...von daher...war das nicht ganz so schlimm.
- P.S.: Mhm...war schon schlimm, aber nicht ganz so schlimm.

Frau A.: Genau. Also es war schon, ja, schlimm eigentlich, also, so von, von dem allen, was man so, was ich so erlebt hab, eigentlich auch, oder nicht erlebt hab, an manchen Tagen (lacht), weil es einfach langweilig war.

P.S.: Mhm

Frau A.: Joa.

P.S.: Auch diese, diese Langeweile.

Frau A.: Mhm

P.S.: Tag für Tag, Tag nimmt kein Ende.

Frau A.: Das Schlimme war halt dann auch, wo die dann alle nach Hause gegangen sind, die Frauen mit ihren Babys und sind abgeholt worden von ihren Männern, und ich mein, ich selber bin dann immer dagelegen und hab dann gedacht: „Hm, super! Noch ein paar Wochen.“

P.S.: Mhm

Frau A.: Joa.

P.S.: Einerseits im besten Fall noch ein paar Wochen, andererseits ein paar Wochen auch, äh, die auch wieder schlimm sind. Also...

Frau A.: Ja, genau. Das war halt immer so ein Wechselbad eigentlich.
(Frau A., 9. Sitzung, S. 8, Z. 12-31)

Im Gespräch mit der Therapeutin konkretisiert Frau A. das Negative, „Steinige“ oder „Schlimme“, nachdem sie es zunächst abschwächt als „von daher...war das nicht ganz so schlimm“. Da gab es „diese Langeweile“, die nicht enden wollte, aber auch die Aussicht auf ein langes Liegen, das noch unerträglicher schien, wenn wieder eine Bettnachbarin mit ihrem Baby nach Hause entlassen wurde. Dennoch gibt es eine Ambivalenz, die Frau A. als „Wechselbad“ beschreibt, denn ein frühes Nach-Hause-Entlassen hätte auch eine Frühgeburt bedeutet, was für Frau A. noch schlimmer gewesen wäre.

Angst vor Frühgeburt

Frau A.: Ja, also ich, ich muss ja auch sagen, ich hatte ja jetzt auch eine Bettnachbarin, da ist das Baby zu früh gekommen, ich glaube ich hab es auch schon erzählt, und ich hab dann, ähm, also ihr Mann ist dann noch mal kurz zu mir gekommen, und ähm, um Telefonnummer dazulassen, und die sind wirklich nett, also total nett die beiden. Und hat mir dann ein Bild mitgebracht von dem kleinen Marc.

P.S.: Mhm

Frau A.: Und das ist natürlich so ein Würmchen dann, wenn man das sieht, überall an Schläuchen und so. Und das tut einem dann so leid, weil, ich mein, das hätte dem Max auch passieren können im Endeffekt. Und da war ich schon einerseits heilfroh, dass es mir nicht passiert ist, oder uns nicht passiert ist, und andererseits hat es mir echt leid getan, also ich mein, das ist dann auch keine schöne Situation, und die müssen jetzt warten irgendwie bis Ende des Jahres oder Anfang Januar war irgendwie der Geburtstermin, genau, irgendwie so Anfang Mitte Januar, genau, und da wird dann der Kleine erst rausgelassen, und sie dürfen ihn dann erst mit nach Hause nehmen.

P.S.: Mhm.

Frau A.: Das ist natürlich auch schlimm, wenn man dann so Weihnachten, und man weiß, das Baby liegt im Krankenhaus, und muss dann immer hingehen, und und und

P.S.: Mhm

Frau A.: Joa. Kann eigentlich nur zu Besuch kommen im Endeffekt.

P.S.: Mhm, mhm.

Frau A.: Das ist eigentlich nicht so toll. Joa. Schon schlimm...Joa...
(Frau A., 9. Sitzung, S. 8, Z. 36-51 bis S. 9, Z. 1-6)

Durch das Miterleben der Schicksale der Zimmernachbarinnen relativiert sich für Frau A. einerseits ihre eigene Situation, andererseits sieht sie direkt, was passieren kann und welche konkreten Auswirkungen eine Frühgeburt hat, was auch belastend sein könnte („Und da war ich schon einerseits heilfroh, dass es mir nicht passiert ist, oder uns nicht passiert ist, und andererseits hat es mir echt leid getan“).

Muppetfiguren: Abhängigkeit vom Pflegepersonal

- Frau A.: Ja, lustig finde ich ja auch das mit den Muppets, weil ich mein, im Nachhinein kommt es mir ja echt so vor, weil, man lässt sich da so sehr in so Sachen einwickeln, und die einen dann ärgern manchmal, und, was eigentlich total doof ist im Endeffekt. Wo man früher sagen würde: „Ach komm!“ Aber einfach, weil man der ganzen Situation so ausgesetzt ist und so das Einzige ist so am Tag, einfach auch, äh, äh, so die einzigen Personen am Tag, die öfters reinkommen dann, lässt man sich da schnell in so Sachen irgendwie vielleicht äh, ja, verwickeln, oder oder, die einen vielleicht früher gar nicht berührt hätten, oder oder, interessiert hätten vielleicht dann auch. Deswegen, ja. Auch so ganz...
- P.S.: Mhm. Die Muppets sind mehr eigentlich lustige Monster.
- Frau A.: Ja, genau. (lacht laut auf)
- P.S.: Krümelmonster
- Frau A.: Ja. Genau.
- P.S.: Aber auch „Monster“. (Beide lachen)
- (Frau A., 9. Sitzung, S. 11, Z. 49-51 bis S. 12, Z. 1-12)

Frau A. beschreibt in dieser Sequenz ihr Erleben dem Pflegepersonal gegenüber, die „so die einzigen Personen am Tag (sind), die öfters reinkommen“. Sie erlebt sie „im Nachhinein“, also im Rückblick aus einer gewissen Distanz heraus, wie die „Muppets“, das sind lustige Puppen aus einer Fernsehsendung „Die Muppetshow“, die verschiedene Charaktertypen karikieren, sich teilweise auch ärgern und sich miteinander verstricken. Die Muppets sind an und für sich nicht gefährlich, sie stellen ein amüsantes Puppentheater dar. Frau A. kann nun möglicherweise mit einem gewissen Abstand das Lustige an der Interaktion mit dem Pflegepersonal entdecken, was für sie zuvor doch eher bedrohlich und belastend wirkte, da sich Frau A. abhängig erlebte von der Ansprache und Zuwendung der Schwestern („weil man der ganzen Situation so ausgesetzt ist und so das Einzige ist so am Tag, einfach auch, äh, äh, so die einzigen Personen am Tag, die öfters reinkommen dann“).

- Frau A.: so dieses Theater mit den Schwestern so ein bisschen (lacht etwas) ehrlich gesagt, das war ja, im Nachhinein ist das natürlich auch lustig, und so ein bisschen, ähm, ja, kann man es belächeln, eigentlich im Endeffekt.
- (Frau A., 9. Sitzung, S. 7, Z. 49-51 bis S. 8, Z. 1)

Frau A. beschreibt hier die Interaktion mit dem Pflegepersonal als „Theater mit den Schwestern“, quasi ein „Puppentheater“, das „im Nachhinein“ an Schrecken verliert und eine gewisse Komik erkennen lässt. Aber Frau A. fühlte sich durch die

Auseinandersetzungen in der jeweiligen Situation häufig sehr belastet und eingeschränkt.

In der folgenden Textsequenz wird das Ausmaß der von Frau A. erlebten Einschränkung autonomer Entscheidungen deutlich:

Frau A.: Kann ich da jetzt auch mischen? Ja, oder?
P.S.: Ja, können Sie mischen.
Frau A.: Darf ich jetzt ein bisschen Sauerei machen.
P.S.: Bitte, bitte.
Frau A.: Okay (lacht).
P.S.: Nur zu. (beide lachen)...Jetzt sind Sie ja eh dann am Montag weg (schmunzelt)
Frau A.: Am Dienstag früh bin ich weg.
P.S.: Ach so.
Frau A.: Am Dienstag, also weil der Arzt, ähm, hat jetzt zu uns gestern gesagt, weil wir bei der Untersuchung waren, hat gemeint, die Schwester G. hat das wohl nicht so gern, wenn man dann gleich nach dem Wochenende am Montag weggeht, was eigentlich total doof ist, ich mein, ich kann ja weggehen, wann ich will, aber hat gesagt, na ja, sie würde da wohl immer gleich zum Tier werden (lacht) wenn das nicht so laufen würde, wie sie das will, und da hat er gesagt „Sie müssen ja auch irgendwie wiederkommen (lacht) in der siebenunddreißigsten Woche“, da hab ich gesagt: „ Na gut, dann gehe ich dann Dienstag früh“, also von daher
P.S.: Mh
Frau A.: Ich wäre natürlich auch gerne am Montag nach Hause gegangen.
P.S.: Mhm
Frau A.: Ja. Aber...was solls.
P.S.: Bevor Schwester G. zum Tier wird.
Frau A.: Ja. Muss man ganz vorsichtig sein. (lacht)...(leise, fast flüsternd) Kann dann böß ins Auge gehen.
(10 Sek. Pause)
P.S.: Das ist auch wieder so dieses Thema der Abhängigkeit.
Frau A.: Jaa, oah (sagt dies fast seufzend). Das nervt dann, weil ich mein, ich hab mich total gefreut.
(Frau A., 9. Sitzung, S. 3, Z. 7-35)

Die Angst vor einer negativen Reaktion einer bestimmten Schwester („sie würde da wohl immer gleich zum Tier werden (lacht), wenn das nicht so laufen würde, wie sie das will“), die Frau A. möglicherweise zum Entbindungstermin wieder treffen wird, beeinflusst Frau A.s Entscheidung über den Entlassungstag, obwohl sie gerne so früh wie möglich nach Hause gehen würde, denn medizinisch spricht nichts mehr dagegen („Ich wäre natürlich auch gerne am Montag nach Hause gegangen“). Ihre vorsichtige Haltung scheint durch die Angst bedingt zu sein, heftige emotionale Reaktionen zu spüren zu bekommen, die sie verletzen und sie unwohl fühlen lassen („Muss man ganz vorsichtig sein. (lacht)...(leise, fast flüsternd) Kann dann böß ins Auge gehen.“). So beugt sich Frau A. dem Druck und verzichtet auf ihren Wunsch und ihre freie Entscheidung, obwohl sie sich ärgert („oah (sagt dies fast seufzend). Das nervt dann, weil ich mein, ich hab mich total gefreut.“)

Arzt mit Spritze: verschiedene ärztliche Meinungen

Frau A.: (...) blöd fand ich einfach auch so dieses, äh, äh, diese vielen verschiedenen Meinungen, denen man ausgesetzt war, das hab ich ja auch schon gesagt (...)

(Frau A., 9. Sitzung, S. 8, Z. 2-4)

In dieser Textsequenz bezieht sich Frau A. auf das Bild von dem Arzt mit einer Spritze in der Hand. Hierzu hat sie bereits Einiges in der Bildbesprechung der vorherigen Stunde gesagt. Die verschiedenen ärztlichen Meinungen verunsichern Frau A., sie fühlt sich ihnen „ausgesetzt“; das könnte einerseits bedeuten, dass sie sich alleingelassen fühlt mit der Verwertung dieser unterschiedlichen Meinungen ohne eigenes medizinisches Wissen, andererseits ist sie innerhalb der Klinik dazu gezwungen, sich nach den ärztlichen Anweisungen zu richten. Das bedeutet, dass Frau A. nicht weiß, wie sie sich verhalten kann und soll, und wie sie sich eine eigene Meinung bilden kann.

Erleben des kunsttherapeutischen Angebotes

In dieser letzten Therapieeinheit sagt Frau A. auch Einiges über ihr Erleben des kunsttherapeutischen Angebots:

Frau A.: Ja und das ist halt so meine aktivere Seite. Das glaube ich habe ich ja auch schon erzählt. So dieses Freudige, dass was passiert, vorangeht im Endeffekt. Was wir auch so gemacht haben, das war ja eigentlich mehr, auch super, dass ich da aus diesem Trott rausgekommen bin, dann dass das alles so schön läuft, mit mit dem Bauch, dass der dicker wird, und so, das waren eigentlich so die schönen Aspekte von der ganzen Zeit, finde ich jetzt.
(Frau A., 9. Sitzung, S. 9, S. 36-42)

Das kunsttherapeutische Angebot positioniert Frau A. auf der rechten Bildseite, also auf die „positive“, hier nennt sie sie die „aktivere Seite“, „die schönen Aspekte von der ganzen Zeit“.

Sie benennt es als „dieses Freudige“, das heißt sie freut sich darüber, dass sich etwas entwickelt, einerseits ist sie selbst „aus dem Trott rausgekommen“, andererseits ist es das Fortschreiten der Schwangerschaft, dass durch den immer dicker werdenden Bauch bemerkbar wird.

Im folgenden Textausschnitt präzisiert Frau A. die eigene Entwicklung neben der Kindsentwicklung:

Frau A.: (...) das (die fortschreitende Schwangerschaft) ist natürlich schon toll, und auch, so dieses Selbstentdecken hier auch so ein bisschen'
P.S.: Mhm'
Frau A.: Das man sagt: „Okay“, vielleicht Sachen, die einem nicht so bewusst waren'
P.S.: Mhm
Frau A.: Also die man zwar gewusst hat, aber die man jetzt nie so offen ausgesprochen hat oder so, dass, ich mein, hier ist das ja wirklich alles so konkret zum Vorschein gekommen. Alles was ich so, eh, ph, ich weiß nicht, gefühlt habe, oder, oder was ich vielleicht auch nicht so ausgedrückt habe. Manchmal auch war ich ja total verärgert, wo ich hierher gekommen bin. So vor allem die ersten paar Male, das kann ich mich noch erinnern, da, da hatte ich ja echt, also, mh
P.S.: Mhm

Frau A.: manchmal nicht so einen tollen Tag dann auch...
(10 Sek. Pause)
P.S.: Und die eh, ihre Gefühle haben dann hier so einen Ausdruck gefunden.
Frau A.: Ja, also ich mein, ich habs in dem Sinne ja auch schon gewusst'
P.S.: Mhm'
Frau A.: was mich alles beschäftigt, aber da war das halt dann nochmal, ist es nochmal verstärkt dann einfach.
(Frau A., 9. Sitzung, S. 10, Z. 3-23)

In dieser Textsequenz differenziert Frau A. ihr Empfinden gegenüber der Kunsttherapie, dem „Selbstentdecken“ insbesondere durch die Konkretisierung von Gefühlen wie unterschwelligem Ärger, der dann „konkret zum Vorschein“ kommen, den Frau A. in einem geschütztem Rahmen äußern konnte.

Frau A.: (...) und ich mein, das war ja schon immer ereignisreich und irgendwie was Spannendes, worauf man sich gefreut hat im Endeffekt. Weil manchmal waren Tage, da hab ich einfach nur gelesen den ganzen Tag, und es ist überhaupt nichts passiert. Und da war ich schon in so ner Laune, so uah, und lag im Bett und wollte eigentlich gar nichts mehr machen, und dann kam so „Ah! 16.00 Uhr“ oder 18.00 Uhr, und dann konnte ich mich erstmal nicht aufraffen manchmal
P.S.: Mhm
Frau A.: Das war dann noch so das Schlimme dazu, und dann hab ich gesagt: „Och nee“ und so, und dann bin ich zurückgekommen und war quicklebendig.
P.S.: Mhm
Frau A.: Und das war eigentlich so das Schöne an dem Ganzen. Und dann hat das auch echt Spaß gemacht, und dann hat der D. oft angerufen und gesagt: „Mensch du bist ja viel besser drauf, hat es Spaß gemacht?“ „Ja!“ Und dann hab ich erzählt und was weiß ich. Und einfach so dieses, dieses Lebendige, dieser lebendigere Teil einfach von dem Ganzen.
(Frau A., 9. Sitzung, S. 10, Z. 50-51 bis S. 11, Z. 1-19)

Frau A. benennt in diesem Textabschnitt die Veränderung ihres Erlebens durch die Kunsttherapie. Grundlegend empfand Frau A. die Kunsttherapie als „immer ereignisreich und irgendwie was Spannendes“, worauf sie sich meist freute. Aber manchmal erlebte Frau A. die Kunsttherapie auch als „noch so das Schlimme dazu“, etwas wozu sie sich aufraffen musste. Doch danach sei sie „zurückgekommen und quicklebendig“. Die Kunsttherapie habe sie vitalisiert, „dieses Lebendige, dieser lebendigere Teil einfach von dem Ganzen“. Das Vitalisierende an der Kunsttherapie könnte darin bestehen, dass Frau A. einerseits aus der Klinikroutine heraus, also aus einer passiv hinnehmenden Haltung hin zu einer aktiv gestalterischen Haltung gelangte. Dieser Übergang vom Passiv-Sein zum Aktiv-Sein könnte manchmal einen Widerstand erzeugt haben, der Unlustempfindungen verursachte im Sinne von „Och nee“. Die Überwindung dieser Unlustempfindungen setzte dann möglicherweise wieder Energie frei und führte dazu, sich „quicklebendig“ zu fühlen.

Konzentrische Kreise: Die Schwangerschaft an sich wird positiv erlebt

Frau A.: Und natürlich auch mit dem Max, ich mein, das war natürlich auch immer spannend dann, also ich mein, jetzt zu sehen wie entwickelt sich das alles, und das war natürlich auch toll dann jetzt so die ganze Zeit, das ging ja jetzt so, so zum Ende ging das ja total schnell. Der Bauch wächst auf einmal, die Schwestern sagen: „Mensch, also bei Ihnen kommt man zwei Tage nicht rein und der Bauch ist schon wieder um Einiges größer“ und ja, das war eigentlich so.

P.S.: Mhm

Frau A.: Ja. Wahrscheinlich deswegen auch diese bunten Farben und der Kreis.

P.S.: Mhm. Auch der Bauch meinen sie jetzt? Der dann

Frau A.: Ja, genau.

P.S.: wächst, ja’

Frau A.: mhm’
(Frau A., 9. Sitzung, S. 11, Z. 19-31)

Frau A. deutet die drei bunten Kreise als Sinnbild für die fortschreitende Schwangerschaft, den wachsenden Bauch. Die Entwicklung des eigenen Kindes im ebenfalls wachsenden Bauch beschreibt Frau A. als „spannend (...) zu sehen wie (sich das) entwickelt“. Gegen Ende des Prozesses geht diese Entwicklung rasanter und ist auch deutlicher erkennbar.

Insgesamt sind drei dieser konzentrischen Kreise zu sehen. Zwei davon haben dieselben Farben, erst ein gelber Kern, dann ein helles Grün, danach ein dunkleres Grün und zum Schluss einen petrolfarbenen Ring. Der andere Kreis aus orange-roten und violetten Farbtönen besteht aus mehreren Schichten, ist demnach etwas größer und dicker. Es wäre möglich, dass der untere blau-grüne Kreis die erste Schwangerschaft bedeuten könnte, die dann leider zu keinem glücklichen Ende kam, sondern mit dem Tod des ersten Kindes endete. Darauf könnte auch das darunter aufgeklebte Bild der schwangeren Frau in einer Winterlandschaft hindeuten. Denn in einer früheren Sitzung berichtete Frau A, dass sie das erste Kind nach einem Winterurlaub verloren hatte:

Frau A.: „wenn so was passiert, dann denkt man, was hätte ich anders machen können, hätt ich mehr aufgepasst, wär ich vielleicht nicht irgendwie rumgeturnt, oder so was, und wären wir nicht in Urlaub gefahren, oder so, wir waren dann auch noch in Urlaub, im, im Winter praktisch, (atmet hörbar ein) und ähm, ja.“
(Frau A., 6. Sitzung, S. 11, S. 22-26)

Der zweite blau-grüne Kreis könnte die gerade bestehende Schwangerschaft bedeuten, die sich zu diesem Zeitpunkt bereits in einem sichereren Stadium befindet und sich nun in Form des orange-rot-violetten Kreises weiterentwickelt. Die blau-grünen Kreise bestehen bis auf den Kern aus kühlen Farben, im Gegensatz zu dem größeren orange-violett-roten Kreis. Beide Schwangerschaften waren von Frau A. erwünscht, so dass sie auf der rechten, positiven Seite angesiedelt sein können. Die blau-grünen Kreise liegen jeweils in einer Kurve der Straße an dem Straßenrand an.

Dies könnte bedeuten, dass der Weg nicht geradlinig, sondern durch Hindernisse oder Komplikationen Biegungen in Kauf nehmen musste.

Perspektivenwechsel durch Distanz und Rückblick

P.S.: Soll ich es noch mal kurz von der Distanz aus halten?

Frau A.: Ja klar, gerne...

P.S.: Sagen Sie „Stop!“

Frau A.: „Stop“
(8 Sek. Pause)

Frau A.: Echt kunterbunt (lacht)

P.S.: Kunterbunt.

Frau A.: Mhm
(8 Sek. Pause)

P.S.: Also im Rückblick noch die Langeweile und jetzt auf einmal ganz, kunterbunt...

Frau A.: Ja wahrscheinlich so diese verschiedenen Aspekte, also jetzt, das passt ja irgendwie wirklich nicht zu, zu, zueinander, in dem Sinne. Also, mh, deswegen. Und auch so dieses Collage und Malen, und so, ich mein, das ist halt jetzt alles irgendwie so ein bisschen

P.S.: Mhm'
(10 Sek. Pause)
(Frau A., 9. Sitzung, S. 11, Z. 32-49)

Durch das Halten aus der Distanz wirkt das Entstandene auf Frau A. „echt kunterbunt“. Sie selbst deutet es als „diese verschiedenen Aspekte“, die ihrer Meinung nach nicht zueinander passen. Die beiden verschiedenen Techniken des Malens mit Deckfarbe und der Collage scheinen auch nicht so richtig zusammenzupassen. Das Bild wirkt insgesamt noch etwas unfertig. Es vereint viele Aspekte der vergangen Zeit der Schwangerschaft und des Klinikaufenthaltes. Die bestehende Schwangerschaft ist ebenfalls noch nicht zu Ende.

10.1.19 Zusammenfassung des ersten Falles (Frau A.)

Im Verlauf des therapeutischen Prozesses zeigen sich immer wiederkehrende Themen, eine Art „roter Faden“.

Frau A. gestaltete in fünf von acht Bildern jeweils eine Linie oder Diagonale, die das Blatt in zwei Hälften unterteilt. Dies geschieht mit verschiedenen Materialien (Wachskreide im zweiten Bild, Zeitungsausschnitte im fünften Bild, eine rote Buntstiftlinie im sechsten Bild, schwarze Aquarellfarbe, beziehungsweise die Teilung des Gesichts durch verschiedene Farbtöne im siebten Bild, eine Autobahn im neunten Bild). Die voneinander getrennten Seiten spiegeln meist eine Polarität wieder von Positivem und Negativem.

Ein weiterer „roter Faden“, der sich durch die Therapiestunden zieht, ist die Fehlgeburt des ersten Kindes. Diese für Frau A. als traumatisch erlebte Erfahrung zeigt sich entweder verschlüsselt in der Gestaltung (Bild 1: umgedrehte Zwei, Embryohaltung; Bild 3: „schwarze Kugel“ zwischen den Beinen, Durchstoßen der Fruchtblase durch Fuß; Bild 4: vier Sitze des Karussells; Bild 5: drei gelbe und eine blaue Figur) und oft im therapeutischen Gespräch, wo unverarbeitete Trauer und Schuldgefühle deutlich werden.

Das kunsttherapeutische Angebot eröffnete Frau A. einen Raum und einen Rahmen, sich zu entlasten. Die erlebten Belastungen waren primär die Angst vor einem wiederholten Verlust eines Kindes durch eine Fehl- oder Frühgeburt, die daraus folgende Aktualisierung noch nicht verarbeiteter Schuld- und Trauergefühle in Bezug auf das erste Kind. Daneben erlebte Frau A. die Abhängigkeit vom Klinikpersonal und die dadurch empfundene Hilflosigkeit und das Gefühl des Ausgeliefertseins innerhalb des persönlichen Kontakts mit den Schwestern und den sich teilweise widersprechenden Meinungen der Ärzteschaft, als belastend. Konflikte oder Unklarheiten empfand Frau A. als extrem schwierig, da das Personal zeitweise für sie die Bezugspersonen waren, die sie am häufigsten zu sehen bekam.

Streckenweise fühlte sich Frau A. auch sehr einsam und sie empfand Langeweile. Die Kunsttherapie erlebte Frau A. schließlich als etwas, wo sie aktiv sein konnte und „aus dem Trott“ herausgekommen ist, etwas Spannendes, worauf sie sich meist freute. Manchmal empfand sie das kunsttherapeutische Angebot auch als „das Schlimme dazu“, weil es sie herausforderte, sie in die Aktivität brachte und sie

letztlich auch mit ihrem verdrängten Schmerz über den Verlust des ersten Kindes konfrontierte.

Letztlich fühlte sich Frau A. allerdings stets vitalisiert nach den kunsttherapeutischen Stunden („Und einfach so dieses, dieses Lebendige, dieser lebendigere Teil einfach von dem Ganzen.“ (Frau A., 9. Sitzung, S. 11, Z. 18-19)

10.2 Zweite Fallanalyse Frau B.

Bevor die kunsttherapeutischen Sitzungen stattfanden, von denen Audio-Aufzeichnungen gemacht wurden, gab es bereits Begegnungen zwischen Frau B. und mir, der Kunsttherapeutin. Nachdem Frau B. Interesse an dem kunsttherapeutischen Angebot bei der Oberärztin bekundet hatte, stellte ich mich selbst, den kunsttherapeutischen Ansatz, das Setting³⁸ und die Materialien vor (S. 29, Arbeitsweise). Die ersten beiden Treffen verliefen eher im Sinne einer Krisenintervention (S. 29, Exkurs: Krisenintervention), lediglich durch Gespräche und Entspannungsübungen mit stabilisierenden Visualisierungen, denn Frau B. befand sich zum damaligen Zeitpunkt in einer psychisch sehr belastenden Situation, da die akute Gefährdung der Schwangerschaft noch nicht ausgeschlossen war. Sie lehnte eine Gestaltung in dieser Zeit ab, nutze jedoch das Gespräch nach der Entspannung, um ihre Ängste und ihre Verzweiflung zu äußern. Neben der akuten Bedrohung wurde noch eine weitere Belastung deutlich, denn es gab einen medizinisch begründeten Verdacht, dass das Baby eine Behinderung haben könnte. Frau B. entschied sich aber gegen eine Fruchtwasseruntersuchung, da diese ebenfalls das Risiko in sich birgt, dass es möglicherweise zu einer Infektion oder sogar zu einer Fehlgeburt kommen kann.

Beim zweiten Treffen war Frau B.s Partner dabei, der zu diesem Zeitpunkt seinen Wohnsitz noch in einer anderen Stadt hatte. In dieser Sitzung wurden einige Paarschwierigkeiten deutlich, die auch im späteren Verlauf zur Sprache kamen. In der dritten Stunde gestaltete Frau B. das erste Bild.

Frau B. ist zum damaligen Zeitpunkt 33 Jahre alt und kurz vor der ersten Begegnung mit der Kunsttherapeutin wegen vorzeitiger Wehen und Blutungen in die Klinik gekommen.

³⁸ **Setting:** „bedeutet eine strukturelle Übereinkunft von mindestens zwei Menschen, Zeit miteinander zu verbringen zum Zweck der Linderung oder Beseitigung eines Leidenszustandes, einer Verhaltensstörung, eines Problems. Die Zeit ist eingeteilt in Termin und Länge der Sitzung. Innerhalb dieser Struktur wird es dem Patienten ermöglicht, neue Wege des Denkens und Handelns zu kreieren und zu erproben“ (Stumm/ Pritz 2000)

10.2.1 Erste Sitzung Frau B.: Bild 1 „Blinder Kritzel“³⁹, Jaxon-Ölwachskreide, DIN A4



Entstehungsprozess:

Dieser ersten Gestaltung ging eine Atem- und Entspannungssequenz voraus. Im Anschluss daran entschied sich Frau B. für die von der Kunsttherapeutin vorgestellte Einstiegsübung „Blinder Kritzel“, obwohl sie selbst bereits Bilder im Kopf hatte. Frau B. verwendete ein DIN A4 Querformat und Jaxon-Ölwachskreide. Der „Kritzel“ war eine zackige Linie in Dunkelrot ausgehend von rechts oben nach links unten. Diese Linie wurde gegen die in unserer Kultur gewohnte Schreibrichtung gesetzt.

Bildbeschreibung:

³⁹ Der Titel ist die Bezeichnung der verwendeten kunsttherapeutischen Methode.

Das Blatt ist gänzlich mit der Ölwachskreide ausgestaltet, es ist kein Weiß mehr vorhanden. Die verwendeten Farben sind die Grundfarben Gelb, Rot und Blau und Schwarz. Grün ist bis auf zwei kleine Stellen, an denen sich das Gelb und das Blau berühren und vermischen, nicht vorhanden. Zusätzlich entsteht durch das Verwischen von Gelb und Rot ineinander noch ein Orange. Die Farbübergänge sind fließend. Das Bild ist größtenteils in Gelb-Orange-Rottönen gestaltet, die von Blau und Schwarz umrandet sind. Drei Ecken des Bildes sind Schwarz gestaltet, eine Ecke ist Gelb-Orange. Die gelb-orange Ecke ist am wenigsten intensiv ausgestaltet, die Struktur des Papiers scheint hindurch. An zwei Blatträndern (oben und links) stößt das Gelb-Orange allerdings direkt an, ohne von den kalten Farben umfassen zu sein. In der oberen linken Ecke ist die Farbe Rot, die in Orange und schließlich in ein Gelb-Orange übergeht, das sich in Zackenform mit einem intensiven Rot verwebt. Dieses intensive zackige Rot steht quasi zwischen den kalten Farben und dem Gelb-Orange, bis auf zwei Stellen, wo das Gelb-Orange direkt in die kalten Farben mündet. Am breiteren Rand des keilförmigen Rots vermischt sich das Rot mit dem Blau und Schwarz. Der linke untere Bildrand ist mit Schwarz und Blau ausgefüllt, wobei die beiden Farben relativ klar voneinander abgegrenzt sind. Hingegen im rechten unteren Bildrand sind Schwarz und Blau stärker ineinander verwischt. Im oberen rechten Bildrand ist ein schmaler rein schwarzer Streifen zu sehen, der über das angrenzende Rot verwischt ist. Durch die Farben besitzt das Bild einen starken Kalt-Warm-Kontrast⁴⁰. Der Duktus ist raumgreifend, zackig und schwungvoll, das anschließende Verwischen mildert die kraftvolle Bewegung etwas ab. Die Strichrichtung ist fast durchgängig diagonal von links oben nach rechts unten, wobei das Bild während des Gestaltens auch gedreht wurde. In der Ausgangsperspektive, also von Beginn der Ausgestaltung des „Blinden Kritzels“ an, ist die Bewegungsrichtung der Hand hin zum Kind im Bauch.

⁴⁰ **Kalt-Warm-Kontrast [nach Johannes Itten (1888 - 1967)]**

Dieser Farbkontrast beruht zum einen auf subjektiven Temperaturempfindungen, zum anderen auf räumlichgeometrischen Vorstellungen. Versuche haben gezeigt, dass ein Raum mit blauen Wänden bei gleicher Temperatur kälter als ein Raum mit roten Wänden empfunden wird. Die Farben Gelb über Gelborange bis Magentarot (rechte Hälfte des Farbkreises nach Itten) werden im Allgemeinen als warm und gleichzeitig nah bezeichnet. Die Farben Violettblau über Cyan bis Grün (linke Hälfte des Farbkreises nach Itten) werden dagegen als kalte und ferne Farben eingestuft. Ob eine Farbe als warm oder kalt empfunden wird, kommt aber auf den Kontext der umgebenden Farben an. Die weit entferntesten Pole bilden jedoch Orangerot und Cyan.

Biographischer Hintergrund von Frau B.⁴¹

Frau B. ist zum Zeitpunkt des Klinikaufenthaltes 33 Jahre alt. Sie ist die Tochter von Eltern mit einem künstlerischen Beruf (beide im Bereich Fotografie). Der Vater ist bereits vor vier Jahren an einem sehr malignen Tumor erkrankt mit geringer Lebenserwartung erkrankt, die er aber erstaunlicherweise deutlich länger überlebt als erwartet.

„Und (ähm) ich hab halt en paar so Sachen aufgeschrieben, was mich halt, was mir halt (em) ganz wichtig war, so Dinge wie – wie (ähm): Mein Vater wurde halt Fünfundneunzig krank, der hat Lymphknotenkrebs gekriegt'. Des hab ich noch mal so als einschneidendes Erlebnis unten hingeschrieben, und der ist im August (äh) Neunundneunzig gestorben, nachdem er eigentlich im Januar Fünfundneunzig ihm gesacht wurde, er hat noch zwei Monate zu leben, und da hat er noch vier – viereinhalb Jahre damit gelebt. Und nich schlecht, muss mer sagen.“
(Frau B., 4. Sitzung, S. 2, Z. 6-14)

Die Beziehung zum Vater scheint relativ eng gewesen zu sein („was mir halt (em) ganz wichtig war, so Dinge wie – wie (ähm): Mein Vater wurde halt Fünfundneunzig krank, der hat Bauchspeicheldrüsenkrebs gekriegt“), sein Tod, ein einschneidender Punkt innerhalb ihres Lebenslaufes, den sie schriftlich für die Kunsttherapeutin festgehalten hat. Im weiteren Verlauf wird die Nähe zur Wesensart des Vaters deutlich, insbesondere der Charakterzug, sich nicht der Meinung anderer unreflektiert anzupassen und zudem für die eigenen Ziele zu kämpfen (nachdem ... ihm gesacht wurde, er hat noch zwei Monate zu leben, und da hat er noch vier – viereinhalb Jahre damit gelebt. Und nich schlecht, muss mer sagen).

Frau B. hat noch einen Bruder, der elf Jahre jünger ist. Sie besuchte das Gymnasium bis zur 10. Klasse und machte im Anschluss daran ein einjähriges Vorpraktikum in einem Kindergarten. Darauf folgte der Besuch der Fachakademie für Sozialpädagogik für zwei Jahre. Aus diesem Grund zog Frau B. im Alter von 17 Jahren von zu Hause aus. Sie absolvierte den Abschluss als Erzieherin und machte daneben noch das Fachabitur. Um dies zu finanzieren, arbeitete Frau B. am Wochenende in einem Café und nachts in einer Fabrik am Fließband. Zwei Jahre arbeitete Frau B. in einem Kinderheim mit verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen. Danach schulte Frau B. um zur Fremdsprachenkorrespondentin. Nach dem Abschluss arbeitete sie mit einer halben Stelle als Fremdsprachenkorrespondentin und einer weiteren halben Stelle als Chefsekretärin

⁴¹ Die Informationen über den biographischen Hintergrund von Frau B. sind einem handgeschriebenen tabellarischen Lebenslauf entnommen, den sie auf Wunsch der Kunsttherapeutin verfasste. Er umfasst eine doppelseitige DIN A5 Seite.

in einer Firma für Autozubehör. Zudem hatte sie noch eine Putzstelle inne um ausreichend Geld zu verdienen.

Außerdem war sie für fünf Jahre als Flugbegleiterin bei einer Fluggesellschaft angestellt, bevor sie sich zur verantwortlichen Flugbegleiterin fortbildete.

Frau B. ist insgesamt achtmal umgezogen wegen Orts- und Berufswechsel.

„Oder so meine acht Umzüge' (hehe'he) meistens so wegen Berufswechsel' oder so'. Oder Umschulung, oder, ja, Ausbildung und alles Mögliche. Oder dann hier im Aachener Raum so alle zwei Jahre musst ich dann mal den Ort wechseln, weil ich irgendwie Veränderung braucht hab - (...) Ja! Ich hab dann immer gedacht: Oh', des liegt vielleicht so ich brauch ma ne neue Wohnung, ne neue Umgebung. (...) Hab mich dann vergrößert, verkleinert'. Und einmal war halt ne Trennung so von - von meim langjährigen Freund (ähm) Schuld.“

(Frau B., 4. Sitzung, S. 2, Z. 34-44)

Markant in dieser Schilderung sind die vielen Wechsel von Beruf und Wohnort.

Einerseits könnte hier eine Unruhe zugrunde liegen, eine Suche nach der eigenen Identität, andererseits könnte es auch ein Sich-Vermeiden sein, eine Art Sich-Zerstreuen im ständigen Umoorientieren.

Frau B. hatte vor ihrer momentanen Beziehung eine siebeneinhalb Jahre andauernde Beziehung. Aus dieser Beziehung entstand eine Schwangerschaft, die jedoch in der 11. Schwangerschaftswoche endete. Diese erste Schwangerschaft hatte eine kurzfristige Trennung zur Folge, weil Frau B. das Kind behalten und ihr damaliger Partner keine Kinder haben wollte. Nach dem Abort wurde die Beziehung wieder aufgenommen und weitergeführt.

Frau B.: Mit dem war ich siebeneinhalb Jahre zusammen, der wollte halt keine Kinder. Wollt halt so sein Leben leben, ne'.

P.S.: Hm'hm.

Frau B.: Und (äh) halt keine Verantwortung übernehmen'. (...) (Ähm) und dann hab ich gesagt: Naa, des is net des, was ich mir vorstell. Ich hab halt immer gedacht, der ändert seine Einstellung noch mal. Der is zehn Jahre älter gewesen als ich und dann war halt, hab den kennengelernt mit zwanzig', -

P.S.: Hmhm.

Frau B.: - dann war er halt dann siebenunddreißig einhalb' und dann hat der immer noch keine andere Einstellung gehabt, und dann ha - bin ich (he'ha'ha') irgendwann hab ich ma resigniert. Ha dann irnwann gsagt: Der ändert sich wahrscheinlich auch nich mehr, sonst wä - bis heut des Gleiche.

P.S.: Hm.

Frau B.: Als Musiker, und ist halt viel unterwegs und möchte sich auch nicht binden, ne'. An keinem Ort, keine Zeit'. Wir haben immer noch Kon - en sehr gutes Verhältnis' -

P.S.: Hmhm'.

Frau B.: - Selten, aber (äh) so ganz, ganz tiefe Verbindung irgendwo (...) und (ähm) ja. Da des war halt irgendwo, der hat halt auch so viele Sachen mitgemacht, da des war die erste Schwangerschaft vor zwölf Jahren war mit dem Mann, wo halt ich eigentlich die Pille genommen hatte'. Da war mer ganz - (äh) anderthalb Jahre grad zusammen, und des war halt so was, wo er dann gesacht hat, nee, er stellt mich halt vor die Entscheidung: Er oder des Kind'. Und ich hab mich fürs Kind entschieden, bin damals ausgezogen, und (ähm) dann ging die Beziehung aber doch noch mal sechs Jahre weiter.

P.S.: Hmhm. Und das Kind haben Sie damals ja - verlorn.

Frau B.: Des hab ich in der elften Woche verlorn, ja genau. Und (ähm) ich mein, des Problem war ja für ihn damit gelöst eigentlich, ne'.

P.S.: Hmhm.
 Frau B.: Und (ähm) aber so zwei Sachen dann verliern, des war für mich auch nich drin. Ich war froh, dass er wieder da war, und, der war auch da, als ich ins Krankenhaus kam, also des war jetzt net so, dass er, dass des schon vollkommener Cut war.
 P.S.: Hmhm'.
 Frau B.: (...) Aber des warn halt dann so – so letzter Versuch, noch mal hier zusammenzuziehen, und dann war – und es war halt nix.
 (Frau B., 4. Sitzung, S. 2, Z. 45-50; S. 3, Z. 1-33)

In dieser Textsequenz spricht Frau B. von ihrer ersten Schwangerschaft, die als Fehlgeburt endete. Diese erste Schwangerschaft stand zwischen ihrem langjährigen Partner und ihr, der keine eigenen Kinder wollte. Das Ende der Schwangerschaft brachte das Paar wieder zusammen, da die Beziehung zunächst nur an den unterschiedlichen Lebenskonzepten scheiterte. Letztlich konnte Frau B. die Beziehung aber nicht fortführen, nachdem sie weitere sechs Jahre auf ihren Kinderwunsch verzichtet hatte.

Partnerschaft

Zum Zeitpunkt des Klinikaufenthaltes ist Frau B. mit ihrem Freund liiert, der Vater des Kindes, mit dem sie aber zu diesem Zeitpunkt noch keinen festen gemeinsamen Wohnsitz hat:

Frau B.: (...) (leises Arbeitsgeräusch) So, wegen den Bildern, mein Freund, der hat schon Pläne; der sacht: (Flüstern) Des kommt in unsere neue Wohnung. Wir haben zwar noch kei neue Wohnung, aber - wir ham nur ne Zweizimmerwohnung in Seligenstadt, -
 P.S.: Hmhm'.
 Frau B.: (Normalstimme) - und eigentlich auch nur ein, ein Zimmer mit Tür'. Wo wir die Tür schließen können, -
 P.S.: Hmhm'.
 Frau B.: - des is des Schlafzimmer und halt des Bad natürlich, aber, so Küche, Wohnzimmer, Esszimmer, des geht alles ineinander über, (...) und des is (äh) (äh) so halt für, für zu dritt natürlich, ist nix. Und dann müssen wir halt auch weg da, wahrscheinlich, weil Johannes ja in Hamburg ist, und er überlegt jetzt halt, ob – weil Hamburg wollen wir eigentlich beide so ungern'. Überlegt halt, ob er sich für ne Münchenstationierung noch bewerben könnte. Eventuell.
 P.S.: Hm'.
 Frau B.: Weil München wär uns halt beiden lieber. Des is nich so weit zu mir nach Hause, und nach Nürnberg auch nich so ewig. Weil Hamburg, da sin mer am Arsch der Welt, da besucht uns kein Mensch mal. Ne?
 P.S.: Hmhm'.
 Frau B.: Es sei denn, es kann jemand dahinfliegen, ne, dann ja, aber. –Des is halt auch entsprechend selten. (leises Arbeitsgeräusch)
 P.S.: Da schmiedet er ja schon Pläne.
 Frau B.: Ja. Da. (Äh) ich will ihm ja immer net unter Druck setzen, weil, wenn ich dann was sach, was ich so denk, des is immer ganz schwierig, weil er dann meint, das muss er jetzt machen. Und –
 P.S.: Hmhm'.
 Frau B.: - da jetzt kam er selber so auf den Gedanken. Und, des fand ich ganz gut'. (Mhh)
 P.S.: Hmhm'.
 Frau B.: Dann hat er gestern nem Freund erzählt: Wir ham beschlossen. Da sag ich: Nee. – Des ham wir , nich' beschlossen, des hast Du'(!) beschlossen. Ich bin aber einverstanden. (Mhhh)
 P.S.: Hmhm'.
 Frau B.: (Lachen) (...) Und des is ja schon so, (...) dass es (ähm) – also er is da ganz, er – von seiner Mutter denk ich auch, dass die ihm oft mal reingeredet hat, und (ähm) ich neig

halt dazu auch. Zum Teil, ne', wo ich sach: Jetzt mach Dir doch mal Gedanken'! Und, ich bin halt ganz anders, ich möchte halt gern son bisschen vorneweg planen', (...) und er hat halt des Bedürfnis nicht. Er kann da spontaner entscheiden. Da sach ich: Jaa, es bin ja net nur ich, des is jetzt auch en Kind mit betroffen; -

P.S.: Hmhm'.

Frau B.: - und des bedarf schon einiger Planung. – Also, für mich.
(Frau B., 4. Sitzung, S. 17, Z. 28-51, S. 18, Z. 1-21)

Aus der vorangegangenen Schilderung wird deutlich, dass sich Frau B. in einer Umbruchssituation befindet. Ihre Partnerschaft war bis zum jetzigen Zeitpunkt eine Fernbeziehung mit Treffpunkt in einer kleinen Wohnung. Beide Partner hatten ihre Berufe und waren eigenständig. Durch die Schwangerschaft verändert sich diese Konstellation, ein gemeinsamer fester Wohnort wird gesucht, möglichst in der Nähe ihrer Familie und nicht zu weit weg von den Freunden („Weil München wär uns halt beiden lieber. Des is nich so weit zu mir nach Hause, und nach Nürnberg auch nich so ewig. Weil Hamburg, da sin mer am Arsch der Welt, da besucht uns kein Mensch mal“). Frau B. spricht einen Konflikt in der Partnerschaft an, der sich durch die Veränderung der Beziehung durch die Schwangerschaft anbahnt: „(Äh) ich will ihm ja immer net unter Druck setzen, weil, wenn ich dann was sach, was ich so denk, des is immer ganz schwierig, weil er dann meint, das muss er jetzt machen“ und „wo ich sach: Jetzt mach Dir doch mal Gedanken'! Und, ich bin halt ganz anders, ich möchte halt gern son bisschen vorneweg planen', (...) und er hat halt des Bedürfnis nicht. Er kann da spontaner entscheiden. Da sach ich: Jaa, es bin ja net nur ich, des is jetzt auch en Kind mit betroffen“. Frau B.s Partner möchte gerne seine Autonomie wahren und für sich selbst bestimmen können. Durch die veränderten Umstände ist Frau B. allerdings abhängiger von ihm, wahrscheinlich wird sich auch Frau B.s finanzielle Unabhängigkeit für eine gewisse Zeit verändern nach der Geburt des Kindes. In ihr wächst das Bedürfnis nach Planung und Sicherheit, denn durch die Geburt wird sich ihr Leben zunächst sehr verändern. Für ihn könnte dieses wachsende Bedürfnis nach Planung und Sicherheit ihrerseits bedrängend sein. Dies könnte ein Konflikt werden.

Thema Tod

Das Thema Tod, das Frau B. zum einen durch die Fehlgeburt als auch durch ihren Vater erwähnte, beschäftigte und interessierte Frau B. schon längere Zeit. Insbesondere in ihrer Ausbildung zur Erzieherin aber auch in weiteren beruflichen Zusammenhängen widmete sich Frau B. diesem Thema mit Aufmerksamkeit:

Frau B.: (...) was gibt's da noch zu sagen? Ja, dass ich, dass ich von meiner ersten Ausbildung denk ich sehr profitier'. Des war als Erzieherin'.

P.S.: Hmhm'.

Frau B.: Wo ich halt dann so auch mich mit, mit (äh) Kindern und mit dem Thema Tod (das „o“ lang gesprochen) – also grad wie man mit Kindern (en) Thema Tod verarbeitet schon immer beschäftigt hab und –

P.S.: - Ah, ja. Und Sie haben im Rahmen dieser Ausbildung (äh) –

Frau B.: - Ja also zur Erzieherin war des. -

P.S.: - zur Erzieherin –

Frau B.: - Und des hat sich einfach so ergeben, weil mich des schon immer interessiert hat, irgendwo –

P.S.: Hmhm.

Frau B.: - also es war jetzt net, was Fremd – vollkommen Fremdes jetzt, ich mein, des is halt. Meine Oma is zweiundneunzig gestorben, und des war eigentlich auch vorher. Des war einfach en Thema, das mich immer interessiert hat, ja’.

P.S.: Hmhm’. Ja.

Frau B.: Insofern is mir des jetzt - nich ganz fremd gewesen. Auch jetzt was meinen Vater angeht; oder, ich hab dann (äh) (em) später noch mal ne Umschulung gemacht zur Fremdsprachenkorrespondentin, da hab ich mir dann des Thema Euthanasie gesucht.

P.S.: Hmhm, hmhm.

Frau B.: Also es war schon immer en Thema für mich, ja’. Wie –

P.S.: Ja’.

Frau B.: - geht mer Trauerarbeit mit Kindern, und (äh) insofern –

P.S.: So: Wie geht man mit Kindern um, wenn die trauern? –

Frau B.: Ja.

P.S.: - oder, aber nich, wenn die Kinder sterben. Das hatt ich jetzt so verstanden. -

Frau B.: Nee, mhmh. –

P.S.: - Mehr wenn die trauern. –

Frau B.: - Also, wenn, wenn jetzt (ähm) en Tier stirbt, oder –

P.S.: - Ah, ja.

Frau B.: - wenn jetzt in der Familie jemand stirbt, dass mer dann da nich irgendwo – das so außen vor lassen sollte. Weils hat, ich hat selbst en Erlebnis gehabt mit acht. Da is ne Großtante gestorben von mir, und (äh) ich weiß net, warum, ich hatt mit der nie so sehr viel zu tun, aber, da hat mich jeder so fern gehalten.

P.S.: Hmhm.

Frau B.: Mir war des ganz wichtig’ auch zu dieser Beerdingung zu gehen, und die ham mich net mitgenommen.

P.S.: Hmhm’.

Frau B.: Und des fand ich – und des war, glaub ich, war so der Auslöser, das selber halt zu erleben. Wenn dann en Haustier stirbt, oder so, mein Meerschwein oder mein Vogel dann später, oder mein Hund dann noch später – (he’) des warn halt so (äh) Erlebnisse, wo ich dann auch immer wieder drauf zurückgekommen bin, wo mer - denk ich ma auch dann, wenn jetzt so was ansteht wie mit dem Kind, dass mer da halt irgendwo ganz anders mit umgehn kann, wenn man sich damit schon en bisschen auseinandergesetzt hat. -

P.S.: - Hmhm. Beschäftigt hat. –
(Frau B., 4. Sitzung, S. 4, Z. 13-51, S. 5, Z. 1-15)

In der vorangestellten Textstelle wird deutlich, dass Frau B.s Interesse das Thema Tod und besonders das Trauern betrifft. Ihr scheint es wichtig zu sein, den Tod als Teil des Lebens bewusst wahrzunehmen („Wenn jetzt in der Familie jemand stirbt, dass mer dann da nich irgendwo – das so außen vor lassen sollte“). Nachdem Frau B. in ihrer eigenen Kindheit erlebt hat, dass sie als Kind eher ferngehalten wurde, wenn jemand starb („mir war des ganz wichtig’ auch zu dieser Beerdingung zu gehen, und die ham mich net mitgenommen“), ist es ihr ein Anliegen in ihren Möglichkeiten als Erzieherin einen bewussten Umgang mit dem Tod und dem Sterben zu vermitteln („Wo ich halt dann so auch mich mit, mit (äh) Kindern und mit dem Thema Tod (das „o“ lang gesprochen) – also grad wie man mit Kindern (en) Thema Tod verarbeitet schon immer beschäftigt hab“).

Das Thema Tod und Sterben ist aber zu diesem Zeitpunkt auf andere Weise aktuell. Frau B. scheint sich durch das Reden, über das Vermitteln des Themas an Kinder, selbst langsam ihren Empfindungen zu nähern, die sie in Hinblick auf die Gefahr hat, dass ihr eigenes Kind sterben könnte („des warn halt so (äh) Erlebnisse, wo ich dann auch immer wieder drauf zurückgekommen bin, wo mer - denk ich ma auch dann, wenn jetzt so was ansteht wie mit dem Kind, dass mer da halt irgendwo ganz anders mit umgehn kann, wenn man sich damit schon en bisschen auseinandergesetzt hat“). Sie scheint dadurch Sicherheit zu empfinden, dass sie sich einerseits mit dem Thema bereits beschäftigt hat, andererseits, dass sie den Tod auch schon innerhalb der Familie erlebt und sich damit auseinandergesetzt hat.

Im folgenden Textabschnitt wird es nochmals deutlich, dass Frau B. das bewusste Erleben und Durchleben als Strategie im Umgang mit schwierigen und belastenden Situationen erachtet und dies auch an andere Menschen weitergeben möchte:

- P.S.: - So nicht weggucken sozusagen, sondern auch –
 Frau B.: - Ja. Ja. –
 P.S.: - sie wollen, sie wollen es genau wissen. –
 Frau B.: - Ja. Genau. –
 P.S.: - Auch bewusst sich damit auseinandersetzen. –
 Frau B.: Hmhm’.
 P.S.: Hm.
 Frau B.: Also des is mir wie – also irgendwann kommts sowieso wieder hoch. Denk ich.
 P.S.: Hmhm, hmhm’.
 Frau B.: Und des war halt so dieser Anlass dieser Arbeit auch mit Trauerarbeit mit Kindern, dass mer halt, wenn jetzt irgendwie was Schlimmes passiert ist, dass die Kinder das halt, wenn sies nicht bearbeiten und dann stirbt – dann sehn ses irgendwie en toten Vogel’ auf der Straße liegen, dann bricht des alles raus’, was se halt nicht verarbeitet haben, ne’.
 P.S.: Ja’, ja.
 Frau B.: Des war halt so der, der, der Konsens aus der ganzen Sache, dass mer halt da nich – ja, die so schützen soll, weil des (ähm) können die sehr wohl – des gehört halt genauso dazu wie, wie Geburt! Oder–
 P.S.: Hmhm.
 Frau B.: - (ähm) ach ja Freude und Leid, des is ja auch irgendwo eins.
 P.S.: Hmhm’. Hmhm’, hmhm’.
 Frau B.: Des is halt schon (...) wichtig, und (ähm) des muss ich sagen, des hab ich so als ganz wichtigen Punkt für mein Leben auch, (äh), so empfunden. Auch mit dieser Fehlgeburt, da kam des halt wieder hoch. Ja, dann mit meinem Vater, und, ich denk, da kann mans ganz anders verarbeiten dann.
 P.S.: Wenn, wenn mans, also, wenn Sies quasi schon vorher auch erlebt, bewusst erlebt haben. –
 Frau B.: - Wenn mans erlebt. Hmhm. -
 P.S.: - Nicht weggedrängt haben. –
 Frau B.: - Ja’. Ja. Oder, halt sich da drüber Gedanken gemacht hat.
 P.S.: Hmhm.
 Frau B.: Einfach. (...)
 P.S.: Und die Gefühle auch zugelassen hat.
 Frau B.: Hm. Hm.
 P.S.: Sozusagen.
 Frau B.: Hmhm. (...) Naja. (Hm’) Und, ja. Ich denk mal, ich weiß net, ob des damit zusammenhängt, aber ich denk, des sind so Sachen wenn man sich halt auseinandergesetzt hat, mit verschiedenen Sachen, dass man dann auch son bisschen – ja, ich würd net sagen härter’, aber dass man halt son bisschen (äh) nich

so verzweifelt ist in so Situationen dann, ne'. Wenn man sich immer wieder bewusst damit konfrontiert oder auch sacht: Eija, (m) dann kommt halt so (ähm) sich auch durchsetzen den andern gegenüber, beispielsweise. Ne', dass mer halt des jetzt nicht so macht wie alle' halt, beispielsweise, wenn jetzt mein Vater, der lag halt da im Sterben, und ich hab halt - ich hab, ich kam da an mit meinem Essen' und meine Mutter hat gesagt: Wie kannst Du Dich jetzt da hinsetzen und Essen! Und ich hab halt gesagt: Ich leb ja weiter, ja'. Der Papa, der wär froh', wenn er des essen könnte jetzt -

P.S.: - Hm.

Frau B.: - und der konnt halt nix mehr essen und wurde halt dann künstlich ernährt' und alles und war auch nicht bei Bewusstsein, aber - sach ich: Ich - mein Leben geht ja weiter und kann ihm eigentlich auch nur Kraft geben, wenn ich - wenns mir gut geht. In dem Moment. Und, da hat meine Mutter gesagt: Ich kenn' Dich so überhaupt net. Die hat gedacht, ich wird, ich tick total aus' und es war halt überhaupt net. Und (ähm) des war, des war halt für mich auch so (ähm) ganz interessant, weil meine eigene Mutter mich total falsch eingeschätzt hat da'.

P.S.: Hmhm'.

Frau B.: In dem Punkt auch.

P.S.: Hmhm. Hmhm'.

Frau B.: Und hm.

P.S.: Und jetzt, wenn Sie so hier sind, mit Ihrer Schwangerschaft, Sie wirken ja auch sehr optimistisch, und auch sehr (äh) gut - dass Sie mit der Situation so umgehen können auf mich. Also -

Frau B.: - Hm'hm.

P.S.: - das (äh) (...)

Frau B.: Ich denk, des hat alles so dazu beigetragen. Irgendwo, dass mer halt - sich nicht versteckt vor dem Ganzen. Oder dass mer halt sacht: Naja! Ich musst halt oft mal an mein Papa denken, und denk dann: Mensch, der hätt sich halt sehr gefreut, und wie der durchgehalten hat in viereinhalb Jahren, also Hut ab! Das hat auch keiner gedacht, ja'. Und des war halt net immer einfach in der Zeit, da war halt auch manche Depressionen dabei; und, also wirklich, totale Tiefpunkte, wo mer echt gedacht hat, es geht halt nimmer weiter, und, auch (äh) blöde Sachen, die aus (äh) medizinischen Gründen passiert sind, und (ähm), da denk ich mir: Der hat immer wieder weitergemacht. Irgendwo, ne'. Bis halt wirklich in dem Körper nich mehr gegangen is. Der hätt schon noch leben wollen, aber des war halt einfach so viel kaputt'. Auch durch die Chemotherapie, und halt nicht mehr essen können, und was weiß ich, ja'. Denk ich mir.

(Frau B., 4. Sitzung, S. 5, Z. 16-51, S. 6, Z.1-51)

In dem vorangestellten Textabschnitt spricht Frau B. ein weiteres Mal die erlebte Fehlgeburt an („Auch mit dieser Fehlgeburt, da kam des halt wieder hoch. Ja, dann mit meinem Vater, und, ich denk, da kann mans ganz anders verarbeiten dann“). Für Frau B. ist das bewusste Auseinandersetzen mit dem Tod eine Möglichkeit, sich mit dem Schmerz auseinander zu setzen und ihn auszuhalten.

Der Tod ist nicht zu kontrollieren, irgendwann stirbt jeder. In diesem Punkt ist der Mensch ohnmächtig. Frau B. beschreibt dies in dem Satz: „Bis halt wirklich in dem Körper nich mehr gegangen is. Der hätt schon noch leben wollen, aber des war halt einfach so viel kaputt“.

Die Auseinandersetzung und das Hinschauen sind für Frau B. Strategien oder Ankerpunkte, um mit dem Unkontrollierbaren umgehen zu können (wenn man sich halt auseinandergesetzt hat, (...))dass man halt son bisschen (äh) nich so verzweifelt ist in so Situationen dann, ne'. Wenn man sich immer wieder bewusst damit konfrontiert).

Das Thema Tod findet sich auch in einem weiteren Zusammenhang, der für Frau B. eine mögliche Erklärung der Komplikation in der Schwangerschaft darstellt. Frau B.s

Vater hatte einen Zwillingenbruder, der bereits einjährig verstarb. Frau B.s Großmutter mütterlicherseits war ebenfalls ein Zwilling, wobei das andere Kind nicht überlebte.

Frau B. hat eine Hypothese für die Komplikationen in dieser Schwangerschaft, nämlich dass sie anfänglich eine Zwillingsschwangerschaft gehabt hätte, und eine Zwillinganlage nicht gewachsen sei:

- Frau B.: Hmhm. Ja, und dann kommen jetzt auch so Dinge dazu, dass jetzt die Frau Dr. Noll hat halt dann gesagt: Jaaa', es könnte sein, dass es mal ne Zwillingsschwangerschaft war', und so weiter, dass es halt daraus dann geblutet hat', deswegen hat irgendwann zwischendurch hat der Frauenarzt ma so ne zweite Plazenta angelegt gesehen'-
- P.S.: Bei dieser Schwangerschaft?
- Frau B.: Bei bei der Schwangerschaft jetzt. Ja.
- P.S.: Ja', ach ja, und-
- Frau B.: -und da war-
- P.S.: da war eventuell ein Zwilling?
- Frau B.: Könnte sein'-
- P.S.: Könnte sein'.
- Frau B.: Das ist aus dieser Stelle irgendwo, des war aber witzigerweise war des meine sofortige Frage,-
- P.S.: Ja?
- Frau B.: -als ich davon erfuhr (äh) (äh) erfuhr, dass des überhaupt en Bluterguss gibt, da hab ich gefragt: Kann des sein, dass da was Zweites war? Also, instinktiv irgendwie', und (äh) das des irgendwie jetzt so ins Leere blutet, ne?
- P.S.: Ja', jajajaja'
- Frau B.: Also die Ernährungsleitung oder was weiß ich' es, da hieß es: Nee.
- P.S.: Hmhm.
- Frau B.: Kann nich sein. Und' (ähm) (Räuspern) insofern fand ich jetzt diese Vermutung Wochen später ganz interessant, (ähm) also achtzehn Wochen später oder siebzehn Wochen später, wo die Frau Dr. Noll sagt, des sieht ihr fast so aus ob jetzt die diese Plazenta jetzt diese Blutung von von diesem Mal' genauso in so ner Nische liegt zum Kind hin, was ganz ungewöhnlich ist. (ähm) Da ka- sagt se halt: Könnt irgendwie so ne zweite, Anlage gewesen sein.
- P.S.: Ah ja'.
- Frau B.: Und mein Vater ist Zwilling' –
- P.S.: Hmhm'.
- Frau B.: -gewesen, also der der Bruder ist sehr früh gestorben, mit einem Jahr oder so', und meine Oma mütterlicherseits ist (Räuspern) ist Zwilling. (Husten) Da hat aber auch des Kind net überlebt. Und insofern wär des von dieser Familienlinie (...) durchaus denkbar, dass des da in (äh) tradi- in meiner Reihe jetzt mein Bruder oder ich, dass da Zwillinge halt jetzt auftreten würden.
- P.S.: Ha ja, und was da jetzt vielleicht auch wirklich diese etwas (äh) Auffälligkeiten in Anführungszeichen vielleicht auch erklären könnte'-
- Frau B.: Jaa'- vom Anfang-
(Frau B., 1. Sitzung, S. 16, Z. 11-51)

Die Hypothese, dass Frau B. eigentlich eine Zwillingsschwangerschaft gehabt hätte, könnte auch eine Möglichkeit für Frau B. sein, sich durch eine Erklärung der Komplikation zu beruhigen. Durch eine solche Ursache wäre die Blutung nicht so unerklärlich, die Schwierigkeit hätte einen Grund und wäre dadurch besser zu verstehen, einzuordnen und besser zu verkraften.

10.2.2 Interpretation des Materials der ersten Sitzung

Das erste Bild von Frau B. hat drei schwarze Ecken und eine gelb-orange Ecke. Drei gleiche Ecken und eine davon abweichende Ecke gestalten ist ein typisches

Gestaltungselement, das eine starke Dynamik in das Bild bringt. Dies könnte darauf hindeuten, dass Frau B. entweder ein gutes Gespür für Komposition und Spannung hat oder bereits eine gewisse Erfahrung damit. Dies könnte aus ihrem Beruf als Erzieherin resultieren oder ihr durch ihre Eltern, die in einem kreativen Beruf tätig waren, mitgegeben worden sein. Das Bild ist komplett mit Farbe ausgestaltet, es ist kein Weiß mehr sichtbar. Möglicherweise deutet dies auf eine perfektionistische Art hin, nichts offen zu lassen, alles ausmalen zu müssen. Vielleicht hat es sich aber im Gestaltungsprozess so ergeben durch die Energie beim Malen. Es scheint fast so, als sei das Blatt letztlich zu klein gewesen für die Gestaltung. Das Bild wirkt ausschnittshaft, die Formen nicht zu Ende geführt, sondern über den Blattrand hinausgehend. Ausgangspunkt des Bildes war das Querformat, beim Ausgestalten mit der Jaxonkreide und beim späteren Betrachten drehte Frau B. das Bild immer wieder. Die erste Betrachtungsperspektive ist das Bild im Hochformat, wobei sich der gelb-orange Teil in der linken unteren Ecke befindet:

Frau B.: (...) Sieht aus, wien Feuer.
P.S.: Wie Feuer?
Frau B.: Ja
P.S.: Hmhm.'
Frau B.: Ja, sieht aus wie Feuer- (hehe) würd ich jetzt sagen'.
P.S.: Hmhm.
Frau B.: So ne, wie so ne Flamme', mit dem Qualm' hinterher'.
P.S.: Der Qualm, der so um das Feuer herumgeht?
Frau B.: Jaa.'
P.S.: Des was hier auch noch so bisschen was reinweht'-
Frau B.: Hmhm.'
P.S.: aber auch nicht zu viel sein soll'-
Frau B.: Mmm
P.S.: Hier vielleicht son bisschen'-
Frau B.: Also würd ich jetzt im Nachhinein sagen, ne' (...) da. (...)
(Frau B., 1. Sitzung, S. 8, Z. 9-22)

Frau B. sieht aus dieser Perspektive ein „Feuer“, eine „Flamme“ und „Qualm“. Feuer ist ein kraftvolles Element, es kann als Naturgewalt auftreten, beispielsweise bei einem Waldbrand oder einem Vulkanausbruch. Die verwendeten Grundfarben erscheinen dann wie ein Aufeinandertreffen verschiedener Kräfte, zum Beispiel Lava, die ins Meer strömt, oder ein brennender Busch oder Baum mit einem verdunkelten Himmel. Feuer ist heiß und kann etwas verbrennen, dadurch entsteht Qualm. Feuer kann Leben spendend sein durch die Wärme aber auch vernichtend, wenn es übermächtig und unkontrollierbar wird. Das Blau und Schwarz bildet dazu einen starken Gegensatz. In dieser Dichotomie halten sich die unterschiedlichen Kräfte im Gleichgewicht. Das Feuer könnte einerseits Kraft und Widerstandsfähigkeit bedeuten, aber auch ein Alarmiertsein. Die dunklen Farben könnten das Hitzige

abkühlen, d.h. es könnte ein beruhigender Aspekt sein, den Frau B. in sich verspürt, es könnte aber auch das Negative sein, die Angst in dieser krisenhaften Situation und die Verzweiflung.

Die Kunsttherapeutin versucht durch ihre Beschreibung des Bildes Frau B.s Explorationsprozess zu unterstützen und den Bedeutungsgehalt zu konkretisieren. Sie spricht die Stelle im Bild an, wo sich die dunkle Farbe in das Rot hineinmischt, „was hier auch noch so bisschen was reinweht“. Frau B. geht aber nicht weiter auf diesen Punkt ein, sondern dreht das Bild in eine andere Perspektive um 180 Grad, so dass links unten das Blau-Schwarz ist und das leuchtende Rot-Orange-Gelb nach rechts oben zieht.

- Frau B.: Mein gut, man kanns auch umdrehn,' dann nich mehr.
P.S.: Ja.'(...) Ja jetzt können Sie sich gern Zeit lassen, es zu betrachten', auch mal die Seiten zu wechseln, und das auf sich wirken zu lassen. (...)
Frau B.: Also so würd ichs positiv äh-äh bedeuten, einfach, weils vom Dunklen ins Helle geht', so in diese Richtung', und so würd ich sagen, ahja des is son, des is was des lodert halt so'.ne?
P.S.: Hmhm'.
Frau B.: Ich finds so besser (hmhm')
P.S.: Ahmh'- Ja Sie können ja-
Frau B.: Ich würds fast umdrehen.
P.S.: - die Perspektive auch bestimmen. (...)
(Frau B., 1. Sitzung, S. 23, Z. 9-35)

Aus der Perspektive gesehen, wo sich links unten die dunklen Farben befinden und sich nach oben rechts hin die leuchtend hellen Farben erstrecken, spricht Frau B.

von „vom Dunklen ins Helle“, was sie „positiv“ einschätzt. Sie wägt die beiden

Perspektiven gegeneinander ab und findet die positive Sichtweise „besser“.

Durch das Bestimmen der Betrachtungsperspektive, setzt Frau B. eine eigene

Gewichtung der verschiedenen Bedeutungsansätze. Sie ist Handelnde, sie

entscheidet sich für eine Sichtweise. Dies könnte eine Parallelität des

Gestaltungsprozesses und des inneren Prozesses von Frau B. im Umgang mit der

Ärztenschaft in der Klinik aufzeigen. Frau B. befindet sich in einer akuten Krise, zum

einen dadurch, dass sie vorzeitige Wehen und Blutungen hatte, zum anderen, dass

ein Verdacht auf eine Behinderung des Kindes ausgesprochen wurde. Von ärztlicher

Seite wurde Frau B. geraten, eine Amniozentese⁴² durchführen zu lassen. Frau B.

wägt immer wieder das Für und Wieder ab und kommt schließlich zu dem Schluss,

⁴² Amniozentese: Mit **Amniozentese** (der **Fruchtwasseruntersuchung**) wird in der Medizin die Punktion der Fruchtblase (Amnionhöhle) einer schwangeren Frau zur Untersuchung der im Fruchtwasser befindlichen fetalen Zellen bezeichnet. Die Diagnostik dient zum Ausschluss einiger Behinderungen des noch Ungeborenen. Risiken dieser Untersuchung sind beispielsweise Fruchtwasserverlust, Blutungen in der Gebärmutter, Verletzungen der Gebärmutter, Verletzungen der Plazenta (Mutterkuchen), Infektionen.

eher vom positiven Fall auszugehen, als von einer Behinderung des Kindes, denn die Amniozentese hat auch Risiken, die die Schwangerschaft gefährden könnten. Und selbst wenn das Ergebnis eine hohe Wahrscheinlichkeit einer Behinderung ergeben würde, hätte es keine wirkliche Konsequenz, weil Frau B. das Kind dennoch behalten würde:

- Frau B.: Wo ich', wo ich halt überhaupt net gwusst, was mach ich denn jetzt, was mach ich mit den ganzen Infos und- alles, was kam war halt irgendwo nicht positiv für mich, ne'.
- P.S.: Hmhm.
- Frau B.: Wo ich, wo ich dann auch gedacht hab: Äh, die suchen halt irgendwie was, wo ich (Phhh) (...) (Hm). Klar, als Mediziner guckt mer natürlich die Sache ganz anders an, und hat- hat halt wirklich diesen Aspekt nur vor Augen. Den- den hab ich halt jetzt nich so gesehen, oder wollt auch nich, oder wie auch immer-
- P.S.: Den Aspekt?
- Frau B.: Den ja diesen medizinischen Aspekt, was könnt noch sein', was finden wir noch', an Anhaltspunkten in diese Richtung, die uns da bestätigen, dass halt wirklich was nicht stimmt, und so-
- P.S.: Dass ne Behinderung vorliegt, jetzt.
- Frau B.: Ja, genau.
- P.S.: Hmhm. (...)
- Frau B.: Dass da en kommender Schaden da is', oder wie auch immer, also, ich denkt, da ham sie schon gesucht.
(Frau B., 1. Sitzung, S. 13, Z. 1-20)

Frau B. beschreibt in dieser Sequenz, dass sie es als „nicht positiv“ erlebt habe, die vielen Informationen verwerten zu müssen, die sich auf eine mögliche Behinderung ihres Kindes bezogen. Sie nennt dies den „medizinischen Aspekt“, den sie „halt jetzt nich so gesehen“ hat, oder nicht so sehen wollte. Möglicherweise fühlte sie sich und ihr Baby auf die Komplikation und mögliche Behinderung reduziert.

- Frau B.: Ja. Hmhm. Ja. Also ich weiß, ich weiß immer noch net, wenn se jetzt wirklich noch mal was finden würden, oder wenn jetzt in (äh) in nächste Woche sagen: Also da is des Wachstum is immer is wieder zurückgefallen und so weiter, dan würd ich mirs glaub ich schon noch mal überlegen, ob ich des machen lass, oder nicht. Aber wenn sie da immer weniger Indizien, dann, wie gesacht, die Entscheidungsmöglichkeit, die hab ich ja eh nimmer-
- P.S.: Ja', ja. Dann etwas auch daran zu ändern, also quasi in ner-(äh)
- Frau B.: Ja', ja'.
- P.S.: -das Kind-
- Frau B.: Ja'. Schon grad gesacht: Die ist da und die kommt und, ich denk mal, (ähm) früher oder später des is die Frage', aber ich hab sos Gefühl, des hat sich alles wirklich so sich gut eingependelt, so und beruhigt bei mir, was ja eigentlich keiner gedacht hat', jetzt so wie ich kam, und in sofern (nn) (...) (Hhhhhhhh)
- P.S.: Ja.
- Frau B.: Ja. Also, des is halt einfach, sie is sie is daaa. Ob mit, Schaden oder ohne Schaden.
(Frau B., 1. Sitzung, S. 14, Z. 23-40)

Frau B. setzt sich mit der empfohlenen Fruchtwasseruntersuchung auseinander, der sie eher skeptisch gegenübersteht, zumal ein positives Ergebnis, also eine Behinderung, keinen Einfluss darauf hätte, ob sie das Kind behalten würde oder

nicht: An dieser Stelle zeigt sich, dass sich Frau B.s sowohl physischer als auch psychischer Zustand stabilisiert hat („ich hab sos Gefühl, des hat sich alles wirklich so sich gut eingependelt, so und beruhigt bei mir, was ja eigentlich keiner gedacht hat'). Und sie zeigt enorme Kraft, zu ihrem Kind zu stehen, egal wie das Kind sein wird: „sie is sie is daaa. Ob mit, Schaden oder ohne Schaden“. Vor diesem Satz atmet Frau B. tief aus, möglicherweise aus dem Gefühl der Erleichterung heraus, dass sich die Situation stabilisiert hat, oder auch deshalb, weil sie für sich die Entscheidung gegen eine empfohlene Fruchtwasseruntersuchung getroffen hat.

- Frau B.: (...) Ich hab halt mit immer mehr Bekannten auch gesprochen, wo halt auch gesacht wurde: Da is was, und die ham dann untersuchen lassen, da war halt nix' und, oder es sind halt teilweise auch von den Ärzten son bisschen verrückt gemacht worden, wo gesacht wurde: Jaaa und da vermuten wir das und das und des und des und im Endeffekt kam en gesundes Kind raus'.
- P.S.: Ach ja'.
- Frau B.: Wobei, also ich mein gut, das is natürlich so son Punkt, wo sich, wo mer sich schon festhält jetzt in meiner Situation. Auf der anderen Seite (ähm), selbst wenn irgendwas net in Ordnung ist, sie ist trotzdem da. (...) Und, ja, inwiefern, da irgendwas (ähm), wenn en Defekt da is, kann mir auch keiner sagen, wie schlimm der ist.
- P.S.: Hmhm'.
- Frau B.: Und des ist halt das, was mich'- wenn ich des wüßt', glaub ich, würd ich noch mal anders entscheiden, wenn se mir wirklich konkret sagen können: Des und des is, und (ähm) ma kann (äh) dann sagen, stellen se sich auf, des kann, wird des Kind nich können, ein, oder wie auch immer'. Aber das kann ja keiner sagen.
- P.S.: Hmhm'. Das könnte eben genauso auch ein gesundes Kind sein.-
- Frau B.: Hmhm.
- P.S.: -und da- (...)
- Frau B.: Also, wenn sie zu mir sagen: Des is für die mentale Vorbereitung wichtig',-
- P.S.: Hmhm'.
- Frau B.: (äh) da können sie sich besser drauf einstellen, dann müsst ich glaub ich schon wissen', was genau ist.
- P.S.: Wie schwer das auch gerade diese-
- Frau B.: Ja. Ja, weil sonst bringt mir des Ganze gar nix. Dann bin ich genauso weit wie jetzt.
- P.S.: Ja. (...)
- Frau B.: Nur, dass ich wahrscheinlich, en bisschen ne negativere Einstellung hätte.
- P.S.: Hm'
- (Frau B., 1. Sitzung, S. 15, Z. 13-44)

Frau B. beleuchtet sehr genau die ärztliche Argumentationslinie für die Amniozentese auch ohne medizinische Konsequenz, lediglich um Gewissheit zu haben („Also, wenn sie zu mir sagen: Des is für die mentale Vorbereitung wichtig' (...) (äh) da können sie sich besser drauf einstellen, dann müsst ich glaub ich schon wissen', was genau ist.“), und kommt zu dem Schluss, dass dies für sie nicht relevant ist („sonst bringt mir des Ganze gar nix“), denn wirkliche Gewissheit über die Schwere der Behinderung und wie sie sich auswirkt, kann auch die Untersuchung nicht geben. Frau B. vermutet sogar das Gegenteil, nämlich dass sie selbst „wahrscheinlich, en bisschen ne negativere Einstellung hätte“ gegenüber dem Kind, der Schwangerschaft, der Geburt und der Zeit danach.

Frau B.: Interessant ist, mit der rechten Hand hätt ich eher was Rundes gemalt.
P.S.: Hmhm'
Frau B.: (...) Des hatt ich mir so vorgestellt. (...)
P.S.: Ist ein ganz anderes Ergebnis geworden.
Frau B.: Hmhm. Hmhm'.
P.S.: (...) Da ist jetzt so was Zackiges-
Frau B.: Jaa.'
P.S.: (...) Loderndes, (...) sehr Dynamisches-
Frau B.: Hm.
P.S.: (...) – rausgekommen. (...)
Frau B.: Was hat das mit der linken Hand auf sich? Also ma, dass man da die Linke nimmt, für diese Erst- für den Kritzel?
P.S.: Hmhm'. Das eben so dieses, das man sich im Kopf so an Bildern macht,-
Frau B.: Ja'.
P.S.: -son bisschen unterbrochen ist. So-
Frau B.: Ja'.
P.S.: Man kann sich im Kopf ja ganz klare Bilder machen', die linke Hand (äh) also unterbricht also quasi die Kontrolle.-
Frau B.: Hmhm.
P.S.: Dann kommen manchmal andere Sachen, die vielleicht (ähm) ein- (ähm) ja das Gefühl betreffen. Nicht so das, was man sich so als Konzept überlegt hat, kommen dann andere Dinge (äh), bahnen sich da-
Frau B.: Hmhm'.
P.S.: an.
Frau B.: Ja'.
P.S.: Hmhm. (...) Das (äh) das verwundert Sie jetzt, dass das quasi so konträre Ergebnisse-
Frau B.: Jaja. Des entspricht so überhaupt nicht dem, was ich mir so vorgestellt hab. Weil ich hatt ja schon irgendwo was drum fand ich des aber, find ich das ganz interessant, wenn man das auf so ne Anleitung hin macht, weil dann kommt halt wirklich was anderes raus.
P.S.: Hmhm'.
Frau B.: Sonst hat man dann wirklich sein vorgefertigtes Bild, was man dann- dann auch übernimmt, ne'. Wenn man vielleicht schon mal was gesehen hat, oder was man gern hätte', oder wie auch immer, und des is jetzt halt schon was ganz anderes.
(Frau B., 1. Sitzung, S. 8, Z. 36-51 bis S. 9, Z. 1-24)

Frau B. ist erstaunt darüber, dass durch die Übung des „Blinden Kritzels“ ein für sie unerwartetes Bild entstanden ist („Des entspricht so überhaupt nicht dem, was ich mir so vorgestellt hab“). Frau B. bringt dies mit dem Benutzen der linken statt der rechten Hand in Verbindung. Möglicherweise hat sie aufgrund ihres ersten Berufes als Erzieherin in einem heilpädagogischen Kinderheim Wissen und Erfahrung über die Zuschreibung der beiden Gehirnhemisphären und den entgegengesetzten Körperhälften. So sagt sie: „Interessant ist, mit der rechten Hand hätt ich eher was Rundes gemalt“. Frau B. erkennt intuitiv, dass der „Blinde Kritzel“ die eigene Kontrolle und bereits vorgefasste Konzepte umgeht und inneren, unbewussten Bildern den Weg bahnt.

Perspektivenwechsel: Beleuchten und Abwägen der verschiedenen Sichtweisen

P.S.: Hmhm'. (...) Ja. Ich kanns Ihnen auch gerne mal ein bisschen weiter weg halten, dass Sies so vom Abstand noch mal aus- betrachten'. (...)

Frau B.: Jaa. (...) (Rascheln) (hm) (...) Drehn Sies mal um, bitte'. (...)
P.S.: Noch weiter?
Frau B.: Ähä. (...) Äh da würd a ja jetzt gar net mal als Feuer so sehen.
P.S.: Hmhm'. (...)
Frau B.: Eher wie so ne Hand, (...)
P.S.: Ja. (...) So ausgestreckt da.
Frau B.: Jaja, genau. (...) Und jetzt noch mal weiter'. (...) Und noch mal eins rum'. Ha ich kann net sagen, wo hab- wie hab ich denn mein Kritzel gemacht? Eigentlich-
P.S.: Ich glaub, Sie ham ihn so gemacht. (...) Oder? Oder so.
Frau B.: Ja des Blatt war quer.
P.S.: Quer wars, ja.
Frau B.: Ja de dann jetz mal aufn Kopf glaub ich. (...) Ja, weil ich hab oben angefangen, da war ich nicht am Blattende.
P.S.: Hmhm'.
Frau B.: Genau.
P.S.: So wars ursprünglich.
Frau B.: Aha. (...) Ja da kann ich am allerwenigsten mit anfangen, irgen-, obwohl, a ja, (...) gar net so schlecht von weitem (ähahaha') (Lachen)(...) Kann net sagen, wierum ich des aufhängen würde...
P.S.: Hat so mehrere Perspektiven. Aus jeder Perspektive ne andere Bedeutung.
Frau B.: Ja'. (...)
(Frau B., 1. Sitzung, S. 9, Z. 25-50)

Durch das Betrachten des Bildes von allen Seiten entsteht sowohl bei Frau B. als auch bei der Kunsttherapeutin eine Unsicherheit, wie die ursprüngliche Perspektive eigentlich war. Jede Perspektive hat einen anderen Ausdruck und eine andere Bedeutung für Frau B. Sie sagt, sie könne „net sagen, wierum (sie) des aufhängen würde“, was bedeutet, dass die verschiedenen Bedeutungsebenen relativ gleichwertig nebeneinander stehen. Dieses Abwägen entspricht Frau B.s momentaner Verfassung, sie wägt alle Informationen ab bezüglich weiterer diagnostischer Untersuchungen. Sie beleuchtet sowohl unterschiedliche ärztliche Meinungen als auch die Sichtweise eines Heilpraktikers und nicht zuletzt ihr eigenes Gefühl zur Situation und zum Kind.

„Vom Dunklen ins Helle“

P.S.: Hier wars de, hier wars (ähm) so vom Dunklen ins Helle', gell?
Frau B.: Ja, genau.
P.S.: (...) Dann das'. Hatten wir jetzt noch nicht.
Frau B.: Das hatten wir noch nicht, nee. (...) Des is eigentlich auch des is wie so, wie son (äh) ja, wie son – als kommt die Sonne raus und ma- (ähm) deckt irgendwie des, des dunkle Wetter zu, würd ich jetzt ma sagen'.
P.S.: Hmhm.
Frau B.: (...) So als, so als kommt des halt so von von der Seite, ja genau', von oben rein'. (...) Und schiebt des so weg.
(Frau B., 1. Sitzung, S. 9, Z. 51 bis S. 10, Z. 1-9)

Beim Drehen des Bildes durch die Kunsttherapeutin betrachtet Frau B. nochmals alle vier unterschiedlichen Perspektiven. Zu der oben genannten Perspektive findet Frau B. einen Vergleich auf die Beschreibung des Bildes durch die Kunsttherapeutin hin. Frau B. sagt „als kommt die Sonne raus und (...) deckt irgendwie des, des dunkle Wetter zu“.

Dieses sprachliche Bild beschreibt etwas Positives, nämlich dass das dunkle Wetter, etwas Negatives, beispielsweise die Komplikation durch die Blutung oder der Verdacht der Behinderung des Kindes, durch etwas Positives, beispielsweise durch die allmähliche Stabilisierung der Situation oder durch Frau B.s Liebe zu ihrem Kind überdeckt wird. Diese Perspektive gefällt Frau B. zunächst am besten:

Frau B.: (...) so würd ich des mir glaub ich aufhängen.
P.S.: So. Hmhm'. (...)
Frau B.: Gefällt mir am besten.
P.S.: Hmhm'. (...)
Frau B.: (Hm) (atmen) Des ist (äh) am positivsten. Wirkt des auf mich. Weils einfach so von der linken unteren Ecke so in die obere rechte, weil ds is auch so in diese Richtung, in die man Schrift machen würde', ne wenn man Schriften zeichnet, oder was, dann geht des immer von links unten nach rechts oben.
P.S.: Ja'.
Frau B.: Wie abfallend.
P.S.: Des wär quasi aus dem Dunklen ins Helle?
Frau B.: Ja'. (...) Ja, genau'. (...)
(Frau B., 1. Sitzung, S. 11, Z. 22-35)

Frau B. beschreibt eine Bewegung innerhalb des Bildes, nämlich von links unten nach rechts oben. Demnach wäre die Entwicklung hin zum Positiven, d.h. weg vom Dunklen/ Negativen ins Helle/Positive. Und diese Entwicklung begrüßt sie. Dies könnte bedeuten, dass Frau B. mehrere Aspekte der Situation wahrnimmt, demnach Unangenehmes oder Schmerzliches nicht verdrängen muss, sich innerlich aber eher eine positive, optimistische Haltung bewahrt, was eine psychische Ressource bedeutet.

Ein weiterer Aspekt wird in der folgenden Textpassage deutlich:

Die Hand hält das Dunkle weg

P.S.: Hmhm. (...) Soll ichs noch mal drehn?
Frau B.: Hmhm. (...)
P.S.: Das war dann hier so die Hand?
Frau B.: Des war die Hand', genau'. (...)
P.S.: Die Bewegung die Hand? Oder' wie is irgendwas ausgestreckt?
Frau B.: Ich denk ähnlich wie bei dem Sonnendings, also dass sie einfach so drübergeht, über des (...) ja-
P.S.: So überdeckt.
Frau B.: Jaa, die kommt so ja durch diesen Fluss halt einfach auch, (...) entsteht so der Eindruck.
P.S.: Hmhm'. (...)
Frau B.: Ich denk mal, des is auch so wie diese ganze Situation jetzt hier war, ne? So erstmal dieses des ganze Negative' und dann muss ma einfach klofft man einfach ab, und dann findet dann schon so seine Punkte und seinen Weg. (...) Würd ich mal sagen. (Räuspern)
P.S.: Dann auch so was, was Sie sagen, was das Dunkle auch son bisschen weghält- oder überdeckt-

Frau B.: Jaaa, ich mein des is schon noch irgendwo unterschwellig da', des is net verkehrt', aber (äh) hat sehr abgenommen, weil ich mir halt einfach, schon, bin- bin mir ganz- klar in meiner Entscheidung eigentlich, und bin damit ganz froh im Moment'.

P.S.: Hmhm'.

Frau B.: Also wie auch immer, wobei halt noch so hängt, naja, entwickelt sich des alles so weiter', (ähm) wie man sichs halt wünscht', ob oder bleibt des, stehen, oder was- was is so des nächste Ergebnis. Also s is schon noch, des Dunkle is schon noch da', aber (ähm) (...)

P.S.: Aber da, da gibt's was, was sich da so dagegenstellt auch'.

Frau B.: Ja', ja.

P.S.: Gibt so dunkle Ecken, auch manche Ecken, die hier so reingehen', aber es is- sind auch nicht so viel, also das-

Frau B.: Hmhm'.

P.S.: sollte auch nicht zuviel da reinkommen, sagten Sie ja.

Frau B.: Ja, genau. (...) Da, (...) da würd ich fast (ähm) aus der Perspektive würd ich eigentlich eher' kann man beides sehen. Da würd ich fast von dem Fluss her würd ich sagen, da schwappt wieder son bisschen Dunkles wieder in des Helle rein. Da würd ichs umgekehrt, ja, genau.- Immer ma wieder n Gedanke: Ah, stimmt des noch? Und was is, wenn dann doch?-

P.S.: Hmhm'.

Frau B.: So (ähm) irgendwas wenn- wenn wie wenn des Kind jetzt net wachsen würde', jetzt ma da auf die Situation bezogen, dann lass ich doch ne Untersuchung machen', oder nich? Also des is soo des, was, was da vielleicht durchkommen könnt, wo ich dann nich immer sag: Also des Helle schiebt sich übers Dunkle, sondern des könnt auch umgekehrt sein. (...)

(Frau B., 1. Sitzung, S. 10, Z. 10-51 bis S.11, Z. 1-3)

In dieser Textsequenz bezieht Frau B. ihre Interpretation des Bildes aus dieser Perspektive direkt auf ihre momentane Situation: „Ich denk mal, des is auch so wie diese ganze Situation jetzt hier war, ne? So erstmal dieses des ganze Negative' und dann muss ma einfach klopf man einfach ab, und dann findet dann schon so seine Punkte und seinen Weg“.

Aus dieser Perspektive ist für Frau B. aber auch das Dunkle noch sehr wahrnehmbar: „Da, (...) da würd ich fast (ähm) aus der Perspektive würd ich eigentlich eher' kann man beides sehen. Da würd ich fast von dem Fluss her würd ich sagen, da schwappt wieder son bisschen Dunkles wieder in des Helle rein.“ Sie bezieht dies auf Zweifel und Abwägungen, die zeitweise immer noch vorhanden sind („Immer ma wieder n Gedanke: Ah, stimmt des noch? Und was is, wenn dann doch?). Auch würde sie ihre Entscheidung nochmals überdenken, wenn neue Indizien beispielsweise auf eine Behinderung des Kindes schließen lassen würden („wenn des Kind jetzt net wachsen würde', jetzt ma da auf die Situation bezogen, dann lass ich doch ne Untersuchung machen', oder nich?“). Es wird deutlich, dass Frau B. sich in einem Abwägungs- und Klärungsprozess befindet, der sowohl von einer zeitweilig optimistischen als auch immer wieder zweifelnden Haltung geprägt ist.

P.S.: Also, aus den unterschiedlichen Perspektiven gibt es andere Aspekte?

Frau B.: Ja.

P.S.: Mal schiebt sich des Helle über das Dunkle,

Frau B.: Ja', ja'.

P.S.: und mal das Dunkle über das Helle?

Frau B.: Ja'. (...) Also so interessanterweise ist ja so mein Krakel entstanden, ne, aus diesem'-

P.S.: Ja?
 Frau B.: des war der Anfang. (hehe)
 P.S.: Der Anfang, genau.
 Frau B.: Ja'. (...) Hm. (...) Wobei ich wüßt net, wie ich mirs aufhängen wollte.
 P.S.: Hmhm'.
 Frau B.: (...) Würds mir, glaub ich, ja, würds mir eher so', oder, oder – naja (atmen) doch fast so
 (Frau B., 1. Sitzung, S. 11, Z. 4-18)

Ein weiterer Aspekt wird in der obigen Textpassage deutlich, nämlich die Frage, ob sich „das Helle über das Dunkle“ schiebt, oder umgekehrt. Dies könnte bedeuten, dass Optimismus und Pessimismus miteinander konkurrieren, und einer von beiden den anderen überdeckt, je nach Blickwinkel und Perspektive. Frau B. ist von ihrer Konstitution her eher ein fröhlich optimistischer Mensch. Doch durch die Krise, die Komplikation innerhalb der Schwangerschaft mit Blutungen und der Befürchtung einer Behinderung des Kindes, wird die optimistische Einstellung auf eine harte Probe gestellt. In dem Bild scheinen zwei verschiedene Kräfte, vielleicht Gegensätze, ineinander zu wirken. Die warmen Farben könnten für Frau B.s Kraft und Optimismus stehen, das Blau und Schwarz für das Dunkle, die Angst und die Zweifel. Das Rot ist aber auch eine Signalfarbe, so könnte es auch für den alarmierten inneren Zustand stehen, in dem sich Frau B. immer noch befindet.

Frau B.: Kann sein, dass ich mir des irgendwann noch mal umdreh.
 P.S.: Moment, jetzt hab ich des falschrum ge-
 Frau B.: Jetzt hängt's so wie- jaaa, aber ds kann nich sagen, dass ich das da so net gut find auch. (Lachen) Wenn Sie des wieder so hängen, find ichs auch so net sch-. Drehn Sies doch mal um'-
 P.S.: Ja.
 Frau B.: -wenns dann noch mal hält'- ich weiß nicht-
 P.S.: Jaja, des hält dann noch. Des wird ich schon ma –(Rascheln) Jetzt hab ich das falschrum aufgehängt.
 Frau B.: Äja des macht nix'. Also es is (Äh) ich kann- konnt mich ja auch nicht so recht entscheiden, (hahahahaha') (Lachen) wie ichs gern hätte.
 P.S.: Vielleicht viele Aspekte'.
 Frau B.: Ja'. (...) Also, wie es hängt, find ichs eigentlich-(äh) wies auch immer hängt find ich- ich fands auch andersrum net schlecht, interessanterweise. (...)
 P.S.: Sie könnens auch immer wieder umdrehn.
 (Frau B., 1. Sitzung, S. 12, Z. 15-30)

Frau B. experimentiert mit den verschiedenen Perspektiven und findet an jeder etwas Interessantes. Hier wird das Abwägen deutlich und die Komplexität der Situation. Eine eindeutige Entscheidung für lediglich eine Perspektive ist für Frau B. nicht möglich im Moment („ich kann- konnt mich ja auch nicht so recht entscheiden, (hahahahaha') (Lachen) wie ichs gern hätte“). Die Wahrnehmung der Situation und Frau B.s Erleben sind zu komplex, um sich für eine Sichtweise zu entscheiden. Frau B. kann alle Betrachtungsweisen nebeneinander stehen lassen und anschauen, kann sowohl die

negativen und belastenden Aspekte wahrnehmen, als auch die positiven und optimistischen. Und an jeder Sichtweise kann sie etwas Interessantes entdecken („wies auch immer hängt find ich- ich fands auch andersrum net schlecht, interessanterweise“).

Frau B.: Jaa, ich kanns immer wieder umdrehn. (Lachen) Je nach Stimmungslage'-
P.S.: Hmhm'.
Frau B.: Jaa, jetzt lass mers mal so hängen.
P.S.: Hmhm'.
Frau B.: Wobei ich des andere jetzt gerade auch gut- total gut fand, in dem Moment wies da hing. (...) Na, jetzt lassen wir das ma so. Ich bin ja wieder mobil, einigermaßen. Jetzt kann ichs mir ja umhängen. (mhmh') Halt bis es abfällt. (...)
P.S.: Hm. Also heute, heute geht's vom Dunklen ins Helle.
Frau B.: Jaa.
P.S.: Sozusagen.
Frau B.: Ja.

Frau B. betrachtet das entstandene Bild immer wieder von allen Seiten. Dieses Handeln könnte auch wieder parallel zu Frau B.s innerer Wirklichkeit zu verstehen sein, dass sie alle Möglichkeiten abwägt und beleuchtet, alle Seiten quasi genau betrachtet, um zu einer eigenen Meinung und Entscheidung zu gelangen. Frau B. sieht das Bild auch als eine Art „Stimmungsbarometer“, das „je nach Stimmungslage“ eine andere Bildperspektive erfordert („Jaa, ich kanns immer wieder umdrehn.“). Es wird deutlich, dass sich Frau B. hin- und hergerissen fühlt, sich in einem inneren Widerspruch befindet. Frau B. scheint aber keine Angst zu haben, alle Seiten anzuschauen, also auch die negativen Seiten zu beleuchten, zum Beispiel die mögliche Behinderung des Kindes. Dennoch wägt sie genau ab, welche Entscheidungen sie treffen will, notfalls auch auf eigene Verantwortung. Durch das Betrachten aller Seiten des Bildes konnte Frau B. sich der Komplexität der Situation und ihres inneren Erlebens bewusst werden und dies in Sprache umsetzen.

10.2.3 Zweite Sitzung Frau B.: Bild 2 „ohne Titel“, Jaxon-Ölkreide, 40 x 40 cm



Entstehungsprozess:

Frau B. nutzte den Großteil der Stunde, um zunächst über einen bedrohlichen Zwischenfall zu sprechen. Frau B. hatte einige Tage zuvor sehr starke Blutungen (Verdacht auf Ablösung der Plazenta) und die Herztöne des Kindes waren nicht in Ordnung, so dass Mutter und Kind vorübergehend in Gefahr schwebten.

Die verbliebene Zeit der kunsttherapeutischen Sitzung wollte Frau B. dann aber doch noch für eine Gestaltung nutzen, hierzu hatte sie bereits seit einigen Tagen ein Bild im Kopf.

Sie entschied sich für ein quadratisches Format (40 cm x 40 cm) und Jaxonölkreide. Das Bild stellte sie in dieser Stunde nicht ganz fertig, sie malte daran in der Zeit bis zur nächsten kunsttherapeutischen Sitzung.

Bildbeschreibung:

Zu sehen sind drei grüne, kreisförmige Gebilde mit jeweils einem gelb-grünen Zentrum, d.h. einem gelben Innenkreis, der den Ansatz einer spiralförmigen dünnen grünen Linie in sich birgt. Um dieses gelbe Zentrum herum befindet sich eine gelb-grüne Schicht, danach eine hell- bis mittelgrüne Schicht, den Abschluss bildet eine dunkelgrüne Schicht, die die Kreisgebilde auch klar voneinander absetzt. Zwei der drei Kreise sind deutlich kleiner als der dritte, dessen gelbes Zentrum sich ziemlich genau in der Bildmitte befindet. Der rechte kleinere Kreis ist etwas größer als der linke Kreis. Beide kleineren Kreise stoßen direkt an den zentralen Kreis an, ebenso sind sie durch den oberen Bildrand und die seitlichen Ränder angeschnitten. Um den größeren der drei Kreise ziehen sich weitere Farbschichten in Gelb mit etwas Grün, Hell- und Dunkelgrün, allerdings sind diese Farbschichten nur als Halbkreise zu erkennen, da sie durch die oberen Kreisgebilde verdeckt werden. Die äußere Schicht des größeren Kreises hebt sich nicht als klare dunklere Schicht ab, sie hat insbesondere zum rechten oberen Kreis hin keine klare Abgrenzung, sondern sogar eine Verbindung durch die mittelgrüne Schicht, die von dem kleinen in den größeren Kreis in einer S-Form zu fließen scheint. Am deutlichsten ist die dunklere Schicht des größeren Kreises zum linken oberen Kreis. Die Bewegung der Kreide beim Auftragen scheint bei den oberen kleineren spiralförmigen Kreisen von Innen nach Außen im Uhrzeigersinn zu gehen, die Bewegung der Kreide beim Auftragen im größeren Kreis scheint von Innen nach Außen gegen den Uhrzeigersinn zu verlaufen.

Das Blatt ist komplett ausgefüllt, es sind lediglich zwei Klebestreifen am linken oberen und unteren Rand zu erkennen, die das Blatt auf der Malunterlage fixiert haben. Der Farbauftrag ist dicht und intensiv.

Das Bild trägt eine Signatur der Patientin. Dadurch besitzt das Bild im Gegensatz zum ersten Bild eine eindeutige Richtung, nämlich die parallel stehenden kleineren Kreise befinden sich oberhalb des größeren unteren Kreises. Die Farbe Grün ist vorherrschend. Im ersten Bild fehlte die Farbe Grün. Dadurch dass sich die Kreise überlagern, entsteht ein Eindruck von Räumlichkeit, so als gäbe es verschiedene Ebenen, einen Vorder-, einen Mittel- und einen Hintergrund. Durch die Spiralförmigkeit wirkt das Bild dynamisch und in Bewegung. Auch in diesem Bild wirkt das Papier letztlich zu klein, als wollte das Motiv aus dem Bild expandieren.

Insgesamt wirkt das Bild völlig anders als das erste Bild, quasi das Gegenteil in Farbe und Form (erstes Bild: zackig, kontrastreich, kein Grün; zweites Bild: runde Formen, ineinander fließendes Grün und Gelb, harmonisch).

10.2.4 Interpretation des Materials der zweiten Sitzung

Bevor Frau B. das Bild malte, hatte sie es bereits eine ganze Zeit lang im Kopf:

- Frau B.: (...) Jaa, ich hab mir son schönes Bild ausgedacht, was ich malen würde des letzte Mal schon'. Das is aber, des behalt ich im Kopf. –
- P.S.: Ja'.
- Frau B.: Wenn net noch mal ne Blutlache' auftaucht', dann mal ich des mal. Hab mir so was Rundes mit gelb und grün vorgestellt. Diesmal. Ich weiß zwar net- des is so' des hab ich die ganze Zeit schon im Kopf (äh) was ich da, was ich mir so, jaa weiß gar net. Des hab ich mir irgendwie so eingebildet und hab gedacht: Das entspricht so dem, was ich, was ich trotzdem so an ganzem Positivem-
- P.S.: Hmhm?
- Frau B.: - (äh) Sachen. Also zwischendurch hätt des mal ganz anders ausgesehen' auch so an diesem Frustwochenende des letzte', des letzte hab ich eigentlich ganz gut (äh), trotzdem ganz gut verkraftet', erstaunlicherweise obwohl des wesentlich schlimmer war, aber des vorletzte, da hätt ich wahrscheinlich nur schwarze Balken irgend- (Lachen) –was gemalt-
(Frau B., 2. Sitzung, S. 14, Z. 42-51)

Frau B. beschreibt ein Bild, das sie bereits einige Zeit in ihrer Vorstellung entwickelt hat. Sie beschreibt dieses Bild, bevor sie es tatsächlich gestaltet. Sie scheint mit diesem vorgestellten Bild ein angenehmes Gefühl zu verbinden: „Das entspricht so dem, was ich, was ich trotzdem so an ganzem Positivem (erlebe)“. Frau B. verknüpft ihre Gemütsverfassung mit entsprechenden Farben, die sie verwenden würde. Nach zwei weiteren krisenhaft erlebten Situationen an den vergangenen Wochenenden, in denen sie einmal eine starke Blutung erlitt, wobei es dem Baby gut ging, und einmal sich die Herztöne des Babys verschlechterten, hätte sie „wahrscheinlich nur schwarze Balken (...) gemalt“. Frau B. verwendet das Wort „trotzdem“ in Zusammenhang mit dem Wort „Positivem“, was bedeuten könnte, dass sie den Wunsch hat, aktiv etwas der Krise entgegenzusetzen, sich quasi durch die Vorstellung selbst innerlich zu beruhigen.

Grün statt Schwarz und Verbindung der Kreise

- Frau B.: (...) Ich brauch diesmal gar kein Schwarz. (mhhhh) (...)
- P.S.: Und das freut Sie auch'.
- Frau B.: Hmhm. (...)Ich zieh sehr gern schwarze Kleider an. Aber so von den Farben her' – n schwarzer Rahmen, da wirkt ein Bild immer sehr gut drin.
- P.S.: Hmhm.
- Frau B.: S is einfach ganz arg betont dann.
- P.S.: Kontraste sind dann einfach stärker.
- Frau B.: Ja'. Ja genau. (...) (Malgeräusch) Aber, so, so mein Gemütszustand da ist kein schwarz im Moment da (ehmhm') (...) Glaub ich'. (...) (Malgeräusch) Des sieht jetzt aus als sitzt der unter dem. (...)
- P.S.: Ja'.

Frau B.: Ich möchte den jetzt einfach da ma mehr, mehr integriert'. Hätt ich den dunklen net herum malen dürfen. Irgendwie' – irgendwie möchte ich, dass des mehr da so rüber geht, dass mer sieht, dass die zusammengehören. (...)

P.S.: Das Kleine gehört zum Großen.

Frau B.: Ja des muss mehr ineinander fließen.

P.S.: Hmhm'.
(Frau B., 2. Sitzung, S. 20, Z. 14-35)

Frau B. spricht über die Farbe Schwarz, die in diesem Bild nicht vorkommt und begründet dies damit, dass Schwarz momentan nicht ihrem Gefühlszustand entspricht („Aber, so, so mein Gemütszustand da ist kein schwarz im Moment da (ehmhm') (...) Glaub ich“). Das nachgeschobene „Glaub ich“, erscheint allerdings als kleiner Zweifel und könnte bedeuten, dass Frau B. das Schwarz, sprich die Ängste und das Krisenhafte bewusst nicht wahrnimmt oder nicht wahrnehmen möchte. Das Grün wirkt harmonisch, organisch, erinnert an Natur. Grün wirkt häufig beruhigend und entspannend. In dem entstandenen Bild gibt es keine harten Kontraste. Die runden Formen erinnern an Mandalas, Kreisformen mit einem Zentrum. Mandalas auszugestalten kann innere Ruhe erzeugen. Die Farbe Grün passt demnach zur Form, ist stimmig. Das Bild besitzt eine Signatur von Frau B.. Damit kennzeichnet sie das Bild als Werk, als Kunstwerk. Sie steht damit zu dem Entstandenen. Während des Malens wird es Frau B. wichtig, dass die obere linke Kreisform mit der unteren in Verbindung steht („irgendwie möchte ich, dass des mehr da so rüber geht, dass mer sieht, dass die zusammengehören.“). Die beiden Kreise sollen nicht nur gleichwertig nebeneinander stehen, sondern auch „ineinander fließen“. Die drei Kreise könnten als Sinnbild stehen für die sich neu konstituierende kleine Familie als Mutter, Vater und Kind. Zwei der Kreise sind stärker miteinander verwoben, fließen sogar ineinander. Das könnte bedeuten, dass zwischen diesen beiden Personen eine innigere Verbindung besteht als zu der dritten. Die beiden oberen Kreise stehen auf einer Ebene nebeneinander, das könnten Vater und Mutter sein. Der größere Kreis, der fast genau im Zentrum des Blattes ist, ist das Baby. Vermutlich besteht die engere Verbindung zwischen Mutter und Kind als zwischen Vater und Kind zu diesem Zeitpunkt. Die Verbindung könnte sowohl die emotionale Bindung symbolisieren als auch die körperliche durch die Nabelschnur. Betrachtet man das Bild nicht als Triangulierung von Vater, Mutter und Kind, könnte es auch den Rumpf einer schwangeren Frau darstellen mit zwei Brüsten und einem schwangeren Bauch. In diesem Fall gäbe es eine Verbindung von der einen Brust zum Bauch oder zum Baby. Betrachtet man nun das Bild in der Draufsicht, wäre es die linke Brust unter der das Herz schlägt. So könnte dies eine bereits „herzliche“

Bildung der Mutter zum Kind bedeuten. Diese und die zuerst beschriebene Betrachtungsweise meinen dann quasi dasselbe, nur das in der ersten Betrachtung der Vater einbezogen wurde.

Mutter-Kind Bindung – Symbiose

- Frau B.: Freitag war ich nich so gut drauf, dann hab ich am Samstag (äh) ganz normal bei Tag' n gutes CTG geschrieben, dann war ich unter der Dusche', und dann hab ich Mittag gegessen', dann hab ich mich ins zum Schlafen hingelegt, hab so ne halbe, dreiviertel Stunde geschlafen, und bin halt dann aufgewacht', hab gedacht: (HH) (hm) Schlauch undicht, jetz wieso is mein Rücken so nass', und wach auf in einer totalen Blutlache. (Flüstern) War des ganze Bett voll geblutet.
- P.S.: Eieiei.
- Frau B.: Aber von den Knien bis zu (äh) in den Rücken, und ich wußt gar net, was des is. Ich hab da gedacht: Eija, der Schlauch is da in der Hand, vielleicht diese, des war so son Schraubventil', vielleicht des Schraubventil'? Hab dann gesucht', und fass da nach hinten und mei ganze Hand halt blutig. Und dann hab ich geguckt, des war alles durch diese ganzen Lagen durch.
- P.S.: Da warn Se natürlich ganz schön schockiert erstmal.
- Frau B.: Und ich hab dann nur ich hab gedacht: Jetzt bleib mal genauso liegen'. Und hab geklingelt hier (hehem) mit meiner' Bluthand' ich da- (ähm) und dann kam halt jemand hab ich nur Decke hoch gemach: Ohje, was machen Sie denn? N dann sin se gflitzt' ham mich gleich rüber in Kreißsaal gefahrn, und dem Kind gings gut', ne'. Also Versorgung is weiterhin gewährleistet, weiß keiner, woher dieses Blut kam.
- P.S.: Hmhm.
(Frau B., 2. Sitzung, S. 2, 46-51; S. 3., Z. 1-18)

Frau B. schildert in der oben genannten Passage eine krisenhafte Situation, in der sie aus dem Schlaf erwacht und in einer großen Blutlache liegt. Sie schildert den weiteren Ablauf plastisch, jedoch ohne ihre Gefühle dabei zu thematisieren. Als die Kunsttherapeutin versucht, die Emotionen anzusprechen („Da warn Se natürlich ganz schön schockiert erstmal“), berichtet Frau B. den weiteren Ablauf und dass es dem Kind gut gehe. Möglicherweise war das Erlebte so schockierend für Frau B., dass sie ihre Gefühle dazu nicht wirklich wahrnehmen konnte. Und die Tatsache, dass es dem Kind gut ging, hat sie wahrscheinlich sehr beruhigt. Dies zeigt, dass die Bindung von der Mutter zum Kind bereits sehr stark ist, dass das Wohl des Kindes an erster Stelle steht, und das Befinden der Mutter bei einer möglichen Gefährdung des Kindes in den Hintergrund tritt.

- Frau B.: Und des war, schon viel, also selbst die Hebammen ham gesagt: Ohweia, jetz aber ganz schnell' (...) Und (ähm) Blutwerte warn auch, also für das, für diesen Blutverlust warn die trotzdem noch sehr gut', dann ging halt da grad einer ratz fatz, einer hat mich aus-, meine Hose war noch so ein Blutklump-
- P.S.: Hm.
- Frau B.: -ham se dann gleich in Müll, entsorgt', grad mein Lieblingsschlafanzug auch noch. Frisch angezogen. (...)
- P.S.: Hm.
- Frau B.: Und des Oberteil und alles, ich war über und über voll. Dann hat ich hier en Strumpf an', da ne Nadel drin', hier irgendwas drin, Ultraschall, also ich weiß gar net, was sie alles gleichzeitig gemacht ham'. Ja. Aber Kind war versorgt, ne'. Herzle hat geschlagen und alles'-
- P.S.: Des war schon auch ne große Erleichterung, dass es dem Kind jetz gut geht, aber-

Frau B.: Ja-
P.S.: für Sie wars schon noch-
Frau B.: - S kann trotzdem keiner sagen, was des war'.-
P.S.: - Was es war, ja. Hm.
(Frau B., 2. Sitzung, S. 3, Z. 19-38)

In dieser Textsequenz schildert Frau B. weiter sehr plastisch die Fakten, den Verlauf der Notsituation („meine Hose war noch so ein Blutklump“ und „also ich weiß gar net, was sie alles gleichzeitig gemacht ham'. Ja. Aber Kind war versorgt, ne'. Herzle hat geschlagen und alles'-).

Es scheint so, als wäre Frau B. selbst Beobachterin dieser Situation. Als die Kunsttherapeutin das Gefühl der Erleichterung über den Zustand des Kindes anspricht, stimmt Frau B. dem zu. Als sie allerdings versucht, auf Frau B.s Erleben in dieser Situation zu sprechen zu kommen („für Sie wars schon noch“), unterbricht Frau B. die Kunsttherapeutin und kommt auf die Fakten zurück, d.h. auf die noch nicht zu klärende Ursache („S kann trotzdem keiner sagen, was des war'.“).

Frau B.: Aber (ähm), also da hab ich mir, da hab ich mir am allerwenigsten Gedanken gemacht. Des war zwar schrecklich anzugucken [als *Frau B. in Blutlache aufwachte*], aber, und des hat glaub ich jeden sehr erschreckt, aber so für mich muss ich sagen, war dieses Wochenende vorher wesentlich schlimmer.
P.S.: Wos dem Kind auch schlecht ging da.
Frau B.: Hm. (...) Ja'.
P.S.: Ja.
Frau B.: (...) Also, vielleicht ist des widersinnig aber so gings mir halt da'. (hhh) Und dann hab ich aber mittlerweile hab ich mein schönes Bild wieder im Kopf' drin' –
P.S.: Genau, da wollt ich Sie jetzt einfach fragen'. Sie ham noch (äh) ne knappe halbe Stunde Zeit. Sie-
Frau B.: Echt! Hab ich noch?
P.S.: - können noch anfangen' –
Frau B.: - Echt? Okay.
P.S.: Ja'. Ja'. Sie können anfangen und können es nä- nächstes Mal weitermachen'.
Frau B.: Och ja', des wär ja auch was.
P.S.: Ja?
Frau B.: Vielleicht wird's dann wieder anders', aber des macht ja nichts.
P.S.: Müssen Sie ja nicht. Sie können ja jetzt anfangen und (äh) das nächste Mal wieder was anderes anfangen.
Frau B.: Ja.
(Frau B., 2. Sitzung, S. 16, Z. 16-38)

In dieser Textsequenz wird noch mal sehr deutlich, wie das eigene Erleben mit dem Wohlergehen des Kindes verbunden ist. Das Aufwachen in einer Blutlache war für Frau B. wesentlich weniger belastend, als der Zeitpunkt, als sich die Herztöne des Kindes verschlechterten („al so da hab ich mir, da hab ich mir am allerwenigsten Gedanken gemacht. Des war zwar schrecklich anzugucken [als *Frau B. in Blutlache aufwachte*], aber, und des hat glaub ich jeden sehr erschreckt, aber so für mich muss ich sagen, war dieses Wochenende vorher wesentlich schlimmer.“)

In diesem Zusammenhang fällt Frau B. wieder das bereits imaginierte Bild ein („Und dann hab ich aber mittlerweile hab ich mein schönes Bild wieder im Kopf' drin'“). Dies

könnte bedeuten, das dieses Bild, bzw. die Vorstellung davon, entweder beruhigend ist für Frau B. und es deshalb nach der Schilderung der kritischen Ereignisse auftaucht, oder dass es Frau B. inzwischen besser geht und das Bild Ausdruck dessen ist.

allmähliche Entspannung nach Unsicherheit durch ungewissen

(Therapie)Prozess

Frau B.: Ach ja. (...) (Malgeräusch) (Flüstern) Auf dem Papier vermalte sich die Kreide schön. Nicht so rubbelig is. (...) (Malgeräusch). Ich schwitz heut nicht so. (Hehehh') Des letzte Mal wars viel anstrengender.

P.S.: Als wir zusammen hier waren.

Frau B.: Hmhm'. (...) Ach des is sicherlich auch so, dass, wo ich (äh) einfach nich wusste was kommt so auf mich zu'.

P.S.: So aufregend erstmal.

Frau B.: Ja'. (...) (Malgeräusch) Des hab ich heut nich. (...)

P.S.: Das war ja auch so die erste richtige Stunde, die wir zusammen gemacht haben.

Frau B.: Hmhm. (...) (Malgeräusch)

P.S.: Unbekannt. (...)

Frau B.: (Malgeräusch) (...) (1 min) Kommen Sie immer von weit her? Nee, schon hier aus Frankfurt, gell?

P.S.: Ja. Ich komm mit dem Fahrrad.

Frau B.: Ach des is gut. (Flüstern) (...) (Malgeräusch) Wollen Sie noch en zweites Kind?

P.S.: Ja. (...) Hmhm'. (...)

Frau B.: (Rascheln) Will auch noch mehr, egal, wie des jetzt ausgeht. (hehm) Schon gesacht hier, also, die (...) (äh) die Schwester von meim Freund war da mit den zwei Jungs, ham gsach: Wir hätten ja lieber en Cousin gehabt. (lachen) Und dann kommts so: Naja, jetzt müssen wir erst mal das Mariechen gut fertig kriegen', und dann gucken wir mal, dass wir noch en Cousin mal hinkriegen. (Lachen) Ma schauen, wenn das klappt. So jeder sacht immer: Dass Du noch net die Nase voll hast'. Sach ich: Emhm. Also dadurch, dass es mir halt nie schlecht' gegangen ist, persönlich so, körperlich schlecht mein ich damit, (...) da ich glaub da ich hab da net die Nase voll, also wirklich net. Kann ich nich sagen. Ach jetzt mal ich den Tesafilm an.

P.S.: Da können Sie hier-

Frau B.: - Des mach ich später, des wird dann eh, nur noch dunkel. Sonst hält's nicht mehr. (hhh) Ich vergess es nich. (...) (Malgeräusch) (1 min) (Leise) Jetzt bin ich mal gespannt, ob sich des gut verreiben lässt auf dem Papier'. (...) (Malgeräusch) Ölkreide ist des, sagten Sie.

P.S.: Hmhm. Ja.

Frau B.: Geht gut'. (...) (Malgeräusch) Des is nich so geworden, wie ichs mir vorgestellt hab', aber des macht nix. Also so mit meinen Kreisen –

P.S.: Das ist ein anderes Bild als Sie so vor Augen hatten.

Frau B.: Ja'. Ja, wieder.

P.S.: Wie beim letzten Mal auch'.

Frau B.: Jaa, war auch en bisschen anders. Wobei ich wieder nich sagen kann, dass es mir jetzt nicht nicht gefällt, oder ich unzufrieden wär, mit dem, was da rauskommt.

P.S.: Aber das Konzept war ein anderes gewesen.

Frau B.: Ja schon so in dem, in dem Stil', aber bisschen, aber gut, man hat da natürlich irgendwie (...) auch vielleicht nich ich hab sicherlich nich die Fertigkeit des so hinzukriegen, ds (hehe) es genau so aussieht wie ich mir des in meim Kopf vorstelle. Sonst wär ich wahrscheinlich Picasso. (...) Oder irgendjemand. Na, Picasso nich, aber (...) (hhhmh') jemand andres'. (...) Machen Sie selbst viel' so in der – in dem Bereich' zu Hause?

(Frau B., 2. Sitzung, S. 21, Z. 19-50, S. 22, Z. 1-22)

Frau B. scheint sich allmählich innerhalb der kunsttherapeutischen Stunde zu entspannen. Den Prozess der Therapie könnte man parallel sehen zum Prozess der Schwangerschaft, beziehungsweise des weiteren Verlaufs der Schwangerschaft.

Nach der anfänglichen Anspannung und Unsicherheit tritt allmählich ein entspannterer Zustand ein („Ich schwitz heut nicht so. (...) Des letzte Mal wars viel anstrengender. (...) Ach des is sicherlich auch so, dass, wo ich (äh) einfach nich wusste was kommt so auf mich zu.“)

Frau B. fragt die Kunsttherapeutin nach ihrem Privatleben, interessiert sich dafür, ob und wie viele Kinder sie hat und möchte. Ebenso möchte Frau B. wissen, ob die Kunsttherapeutin selbst auch zu Hause gestaltet. Dies könnte darauf hindeuten, dass sich Frau B. möglicherweise etwas unwohl fühlt in ihrer Rolle als „Patientin / Klientin“ und die Beziehung nicht auf derselben Ebene stattfindet, wo beide etwas von sich preisgeben.

Konflikt Autonomie und Abhängigkeit

- Frau B.: - Ja. Genau. Also des (äh) glaub ich schon. Aber mittlerweile ich des is halt auch ne Vorsicht, dass halt nich noch mehr passiert auch von den Ärzten, die ich dann schon einerseits verstehen kann, andererseits wenn ich hier lieg und ich blut im Liegen, dann machts für mich keinen Sinn, dass mer sacht (äh) ich hab so strenge Bettruhe jetzt und muss auf die Pfanne. (...)
- P.S.: Hm.
- Frau B.: Ds is für mich total widersprüchlich, vielleicht mal für en Tag oder zwei, wenns dann nimmer blutet, aber dann müssts ja eigentlich auch wieder gut sein.
- P.S.: Ja und wie is des für Sie so also (...) ich stell mir vor, Sie fühlen sich vielleicht auch son bisschen ausgeliefert, dann sagt jemand: Das muss so sein'. Man würds selbst vielleicht gar nicht so machen, und dann muss man nachher auf die Pfanne'-
- Frau B.: Hm'.
- P.S.: - quasi. (...) Aber Sie, Sie wehren sich ja auch en Stück weit.-
- Frau B.: Ja, ich bohr halt immer wieder nach, ja. Ds (äh) (...)-
- P.S.: Ja'.
- Frau B.: - des schon', und ich hab (äh) eigentlich auch, ich mein dann geht's ma en Tach kann man danns noch aushalten', oder, jetzt, also da war ich en bisschen enttäuscht auch, dass es noch wieder heißt zwei Tage noch, das heißt komplett gestern und heute auch' noch', und dann gucken' was passiert' und, dann hat, hat ich aber den Oberarzt Fischer erwischt', und der meinte dann: Nee, des is Quatsch. Gehen Sie einmal am Tach duschen, is okay'. Des brauch ich also gar net. Also wenn ich alle, wenn ich mich alle zwei, drei Tage mal dusch, des is wunderbar, ja'. Des reicht auch.
(Frau B., 2. Sitzung, S. 12, Z. 21-47)

Frau B. schildert in diesem Textabschnitt ihren eigenen Zwiespalt. Einerseits versteht sie die Vorsicht der Ärzte, die für ihren gesundheitlichen Zustand innerhalb der Klinik verantwortlich sind und deshalb kein Risiko eingehen wollen, andererseits empfindet Frau B. die strenge Bettruhe und die Bettpfanne als massive Einschränkung ihrer Autonomie und Lebensqualität („ich mein dann geht's ma en Tach kann man danns noch aushalten', „wenn ich mich alle zwei, drei Tage mal dusch, des is wunderbar, ja“). Die Kunsttherapeutin versucht den emotionalen Bedeutungsgehalt dessen für

Frau B. in Worte zu fassen („Sie fühlen sich vielleicht auch son bisschen ausgeliefert“), worauf Frau B. zustimmt und weiter berichtet und sich darüber klarer wird und etwas entlasten kann.

- Frau B.: - Mein Freund hat mir dann irgendwann mal die Schüssel' gebracht hier' (äh) und dann hat man wenigstens mal die Bluthand abgewaschen, ja, ich sag: Guck ma, ich hab immer noch (hehe) des' ganze Blut' hier' an der Hand. (Hhhh) Und da denk ich mir halt auch, ich, ich hätt schon den Schwestern auch was sagen können natürlich, aber (hh) ich will dann auch niemandem auf den Wecker gehen, weil ich lieg hier', wie son Käfer aufm Rücken und denk: Die Zahnbürste, dann brauchst du was zum reinspucken, dann brauchst du Wasser, dann -
- P.S.: So abhängig, so hilflos.-
- Frau B.: Ja. -
- P.S.: - Irgendwie.
- Frau B.: - Ätzend. Und dann hab ich halt mir Erfrischungstücher mitbringen lassen, dass ich mir, mich wenigstens en bisschen saubermachen kann, da hab ich mir hier Desinfektionsmittel hinstellen lassen noch', für die Hände halt, und (...) dann reichs ja schon auf diese Pfanne zu gehen und dann zu klingeln, und dass ses halt wieder rausholen und neue Pfanne' und dann ham se die Pfanne halt vergessen, und, des halt ich bin ja net die einzige, die hier liegt, ja'. Sind ja andere auch noch, und (hhh) (mm) der Johannes schimpft dann immer mit mir und sagt: Dazu sind se doch daaa', jetzt mach dir doch keine Gedanken'; und so weiter' und, naja, aber die macht man sich logischerweise schon. (...) Bin des halt nicht gewöhnt, irgendwie abhängig zu sein von jemand.
- P.S.: Ja', des is schon- Sie fühlen sich dann schon abhängig ausgeliefert in dem-
- Frau B.: - Ja.
- P.S.: - Sinn, man muss ständig um Hilfe bitten, und (...) kann man ja leicht sagen, dafür sind se doch da, wenn man nicht da liegt', gell des is -
- Frau B.: Es sind einfach schon kleine Sachen, wie auch heut hab se en Rollo hier montiert, während ich drüben war, da war ich nicht da, und dann (ähm) (äh) hab ich hier so, ach Gott, ich hab en paar Sachen da am Fensterbrett stehen, dann war des so alles auf den Tisch' geräumt un da hab ich gedach: Scheiße! Jetzt liech- steht des alles da! Keiner stellt's mir zurück!
- P.S.: Hmhm.
- Frau B.: Und ich hatt des als ich dann auf Toilette war, hab ich des schnell rübergeräumt. Aber, des sind so Sachen, da mag ich einfach net fra'gen auch. Ja', des is mir halt, des is mir unangenehm. Denk mir jetzt, da hab ich halt en Tee stehen von mir und zwei Joghurts, die ich nich gegessen hab, da am Fenster isses halt kühl, und (...) ach ja, solche Sachen kann halt
- P.S.: Hmm. Dann ham Sie auch nicht so viel Besuch, der dann Ihnen des dann machen könnte -
- (Frau B., 2. Sitzung, S. 13, Z. 7-50)

Frau B. beschreibt hier deutlich ihr Gefühl des Abhängigseins und wie schwer ihr dies fällt („ich will dann auch niemandem auf den Wecker gehen, weil ich lieg hier', wie son Käfer aufm Rücken“, „Bin des halt nicht gewöhnt, irgendwie abhängig zu sein von jemand“).

Diese tatsächliche Abhängigkeit, für jeden Handgriff um Hilfe bitten zu müssen, ist für Frau B. schwer erträglich. Sie war vor der Komplikation in der Schwangerschaft ein aktiver, tatkräftiger Mensch, bereits mit 17 Jahren aus dem Elternhaus ausgezogen. Sie hat ihre Ausbildungen selbst finanziert durch Wochenend- und Nachtarbeit, und auch in ihrer zurzeit bestehenden Beziehung ist sie selbständig gewesen, hatte auch ihre eigene Wohnung. Da fällt es Frau B. umso schwerer sich nun so hilflos zu fühlen

und um Hilfe zu bitten („da mag ich einfach net fra'gen auch. Ja', des is mir halt, des is mir unangenehm“).

Mündigkeit trotz Abhängigkeit

Frau B.: Also ich erkenn mein ich ziemlich viel da drauf [*Ultraschall*], ja'. (ähm) Ich denk ma auch, ich mag net so viel reinquatschen die ganze Zeit. Aber auf der anderen Seite (hh) (äh) (...) ich, ich möchte halt auch Erklärungen haben. Ich will zum Beispiel Nebenwirkungen von diesem Zeug' jetzt'. Des hat angeblich keine', aber des kann ich mir jetzt auch net ganz vorstellen, weil ds is auch irgendein chemisches Produkt', ja'. (...) Also (...) da w- wenn ich die Aufklärung net einforder, krieg' ich se net. Dann hängen ses mir dran' und fertig.
(Frau B., 2. Sitzung, S. 6, Z. 3-10)

Hier spricht Frau B. von ihrem inneren Konflikt, einerseits der Ärzteschaft „net so viel rein[zu]quatschen“ beispielsweise während einer Ultraschalluntersuchung, auf der anderen Seite möchte Frau B. aber Informationen und Aufklärung erhalten, um über etwaige Nebenwirkungen Bescheid zu wissen. Sie möchte miteinbezogen werden, denn sie befürchtet, dass sonst Entscheidungen über ihren Kopf hinweg getroffen werden, weshalb sie Erklärungen einfordert („wenn ich die Auflärung net einforder, krieg' ich se net. Dann hängen ses mir dran' und fertig“).

Frau B. möchte trotz ihrer hilflosen und abhängigen Position mündig bleiben und mitentscheiden, was mit ihrem Körper geschieht.

Das Thema Abhängigkeit zeigt sich zum einen innerhalb des Krankenhauses in Bezug auf das Pflegepersonal und die Ärzteschaft. Dieses Thema ist aber noch weit reichender und zeigt sich auch in dem gemalten Bild. Das Ineinanderfließen des oberen linken Kreises und des unteren Kreises zeigt die Verbindung und Verflechtung von Mutter und Kind. Diese Beziehung beginnt bereits in der Schwangerschaft, was dadurch sehr deutlich wird, dass Frau B. für das Leben des Kindes strenge Bettruhe einhalten muss, selten bis gar nicht duschen darf, die Bettpfanne benutzen muss. Auch nach der Geburt ist die gegenseitige Verbindung eine Abhängigkeit. Das Kind ist in der ersten Zeit völlig auf die Mutter angewiesen, wenn es gestillt wird. Dadurch ergeben sich Fragen für Frau B. zur weiteren Lebensgestaltung hinsichtlich ihrer Beziehung und ihres Berufes. Zu diesem Zeitpunkt lebt das Paar noch nicht in einer gemeinsamen Wohnung. Dies könnte ein Konflikt für Frau B. sein, trotz Abhängigkeit mündig zu bleiben und Entscheidungen zu treffen.

10.2.5 Dritte Sitzung Frau B.: Bild 3 „ohne Titel“, Jaxon-Ölwachskreide, Format 40 x 40 cm



Entstehungsprozess:

Dieses Bild entstand zwischen zwei Sitzungen. Frau B. äußerte den Wunsch, in den kunsttherapeutischen Stunden über die in der Zwischenzeit angefertigten Bilder zu sprechen.

Bildbeschreibung:

Das Bild hat wieder eine eindeutige Ausrichtung. Die Signatur ist diesmal auf der linken Seite, vermutlich, weil die rechte Seite dunkler ist und sich die Signatur hier nicht so gut abheben würde.

Das Bild hat ein rundes, spiralförmiges Zentrum in der Mitte des Bildes. Im Inneren der Spirale befindet sich eine ovale, gekrümmte, in sich abgeschlossene Form ähnlich einer Erdnuss- oder Bohnenform. Dieses Zentrum ist in Rot-Orange und Gelb-Tönen gestaltet, wobei die linke Seite mit einer dicken roten Schicht eine Art Umrandung bildet, eine Grenze zum anliegenden Blau der rechten Seiten. Das Blau ist in verschiedenen Helligkeiten abgestuft. Je näher sich die Farbtöne am Zentrum befinden, desto heller erscheint die Farbe, je weiter entfernt sie sind, desto dunkler ist sie. Das anliegende Blau greift die Form, die Wölbung des runden Zentrums auf, indem sich die Farbschichten in ihrer abgestuften Helligkeit um das Zentrum

schmiegen. Nach links ist das Zentrum offener gestaltet und nicht so stark abgegrenzt zur anliegenden linken Seite. Auf dieser Seite herrschen Pink- und Rottöne vor. Diese rote Seite links des Zentrums ist nicht so klar strukturiert, die rote Farbe nicht durchgehend so abgestuft in verschiedenen Helligkeitsstufen wie die blaue Seite. Im unteren linken Viertel sind die warmen Rot-Orangetöne abgestuft, wobei die Abstufung vom Zentrum aus gesehen von dunkler nach heller erfolgt. Außerdem befinden sich neben der roten Farbe noch weitere Elemente: eine Form, die dem erdnussförmigen Gebilde im Inneren des Zentrum ähnelt, nur dass sie gegenverkehrt dazu ist und mehrere verschiedene Farben beinhaltet (neben gelb, orange und rot noch pink und blau). Außerdem erscheint diese Form nicht so geschlossen wie die im Zentrum und der Kern ist eher gelblich, im Zentrum eher rot. Diese Form sieht aus wie eine offene Spirale, wie ein umgekehrter Tropfen und ist abgekoppelt vom Zentrum und den anderen beiden Spiralformen.

In der linken unteren Ecke, hinter der rot-gelben Farbabstufung ist ein weiteres spiralförmiges Gebilde in verschiedenen Farben. Die Form der Spirale ist mit rot gekennzeichnet, innerhalb dieser Form sind die Farben Gelb, Blau, Rosa und Flieder vorhanden, teilweise auch Grün durch das Mischen von Gelb und Blau durch das Auftragen der Farbe. Eine weitere offenere, eher leicht geschwungen als spiralförmig eingedrehte Form befindet sich oberhalb des Zentrums. Sie ist nicht so bunt ausgestaltet, sondern lediglich in einem Rosa-Ton mit leicht gelblichen Farbspuren. In der äußeren linken Seite des Zentrums befindet sich auch ein blauer Streifen, der mit der rechten blauen Seite korrespondiert. Zudem sind die Farben Rosa, Flieder und Pink in der äußeren linken Schicht des Zentrums enthalten. Durch die drei anderen kleinen Formen zieht sich ebenfalls ein zarter blauer Streifen.

Durch die roten und blauen Flächen ist ein deutlicher Kalt-Warm-Kontrast zu erkennen. Die blaue Seite wirkt ruhiger und gleichmäßiger, die rechte rote Seite bewegter durch die verschieden farbigen Spiralformen.

10.2.6 Interpretation des Materials der dritten Sitzung

Dieses dritte Bild scheint eine Art Synthese aus den ersten beiden Bildern zu sein. Die Farbigkeit des ersten Bildes mit dem starken Kalt-Warm-Kontrast und die weichen und runden Formen des zweiten Bildes und das Motiv des schwangeren Oberkörpers. Wobei diesmal eher eine Innenansicht zu sehen ist: der Uterus mit einem stilisierten Fötus.

Frau B. beschreibt im Folgenden, wie das Bild entstanden ist und welche Ideen und Assoziationen sie dazu hat:

- Frau B.: (...) und da hab ich, ja, da hab ich eigentlich angefangen' so mit der Idee von – von Ihm (ähm) von Ihrer kleinen Broschüre so.
- P.S.: Ja'.
- Frau B.: Mit dem, mit dem Kind im Bauch. Ne'. Und, hab eigentlich des so als Anlass genommen, so mit dem Kind' da drin', und –
- P.S.: - Hmhm'.
- Frau B.: - dann halt nur in Farbe' (...) und dann kam halt das dabei raus. Mir jetzt gar net soviel Gedanken gemacht, also (...) wie des werden soll, (...) ich kann eigentlich rosa net leiden, (...) und dann hab ich aber irgendwie en Übergang gebracht von dem Gelb und Orange in des Rote, und soll halt so (äh) des Kind innen mit ner relativ dicken Bauchdecke', so dass es nach außen geschützt ist darstellt' –
- P.S.: Ja'. Hmhm'
- Frau B.: - Und (ähm) ja, genau da. Und halt (hm), so, geborgen in dem – in der Gebärmutter' und auch noch Platz zum Wachsen' natürlich' (hyyy) –
- P.S.: Hmhm'.
- Frau B.: - Und dann soo, ja ich weiß net, die Kringel, also alles musst rund sein, dass des ist halt nach außen ab – dass des alles abprallt, ne'. Dass so keine Angriffsfläche is. Des gleitet dann alles ab. Von von ihr, genau.
- P.S.: Hm.
- Frau B.: Und (ähm) ja. Und innen, halt von innen ich denk mal so des Rosane, Pink und was weiß ich, des kommt so von mir', des is halt so des, was ich empfind' an – an Wärme und Liebe und alles Mögliche und an – an Kraft, was ich dem Kind da drin halt gern mitgeben möchte.
- P.S.: Hmhm'.
- Frau B.: (...) Und außen halt so des könnt, ich hab dann erst so an Wasser gedacht, hab gedacht: Des könnt irgendwie Wasser sein und hab dann so die kalte Welt draußen. (Hmhmh') –
- P.S.: Hmhm'
- Frau B.: - Und des Kind is halt da drin und ist geschützt. (...)
- P.S.: Hier kommt so was Kühles' –
- Frau B.: - Ja.
- P.S.: da in Blau' –
- Frau B.: Ja.
- P.S.: - von der Seite, und von der Seite kommt was Warmes. –
- Frau B.: Hmhm. (...)
- P.S.: - Von Ihnen sozusagen.
- Frau B.: Ja. Genau.
- P.S.: Hmhm'. (...) Und da sind diese Kringel' – hier ist auch son bisschen (...) Blau', so ein ganz kleines bisschen Blau?
- Frau B.: Ja.
- P.S.: Und hier ist auch noch mal son Kringel.
- Frau B.: Hmhm'. Ich hab mir da erst gedacht: Oh, des sieht aus wien Magen, oder irgendwas. Eigentlich (hhh')
- P.S.: Das hier?
- Frau B.: (Lachen) Ja ich –
- P.S.: Ja.
- Frau B.: - weiß gar net' – en Riesenorgan halt.
- P.S.: Hmhm'.
- Frau B.: Aber gut, des is jetzt nix Konkretes geworden, aber des is auch glaub ich nich so wichtig.
- P.S.: Hmhm'
- (Frau B., 3. Sitzung, S. 7, Z. 39-51 bis S. 8, Z. 1-43)

Die Farbigkeit dieses Bildes erinnert an die Farben des ersten Bildes, nur dass dieses Bild weniger turbulent und weniger aggressiv erscheint, weil kein Schwarz

verwendet wurde und runde Formen vorherrschen. Das Blau der rechten Bildseite könnte an Meer oder Wellen erinnern. Einerseits wirkt das Blau kühl, durch die Farbabstufung möglicherweise auch bewegt wie eine leichte Brandung, andererseits wirkt es aber auch ruhig, beruhigend, wie eine Meeresbrandung. Es schmiegt sich quasi um den Bauch herum und umfasst ihn. Das Blau könnte auch eine Stütz- oder Haltefunktion für den Bauch darstellen. Frau B. betont in ihrer Interpretation mehr das Kalte: „Und außen halt so des könnt, ich hab dann erst so an Wasser gedacht, hab gedacht: Des könnt irgendwie Wasser sein und hab dann so die kalte Welt draußen.“

Die rote Seite wirkt warm aber auch bewegt durch die eingebetteten Spiralförmigkeiten in den verschiedenen Farben. Frau B. bringt ihre liebevollen Gefühle zum Kind mit diesen warmen Farben in Verbindung: „so des Rosane, Pink und was weiß ich, des kommt so von mir, des is halt so des, was ich empfind' an – an Wärme und Liebe und alles Mögliche und an – an Kraft, was ich dem Kind da drin halt gern mitgeben möchte“. Das Rot und Gelb wirkt anders als im ersten Bild; wo die Farben teilweise wie Feuer aussehen. Hier erscheinen die Farben in Form gebracht, rund und nicht mehr zackig oder sogar aggressiv. Dies könnte bedeuten, dass die anfängliche Unruhe durch die akute Bedrohung integriert wurde und eine harmonischere Form bekommen hat. Frau B. war das Runde sehr wichtig in diesem Bild: „also alles musst rund sein, dass des ist halt nach außen ab – dass des alles abprallt, ne'. Dass so keine Angriffsfläche is. Des gleitet dann alles ab. Von von ihr, genau“. Es wäre möglich, dass Frau B. nach den vergangenen Wochen, die sie in der Klinik verbrachte, langsam an Sicherheit und Ruhe gewonnen hat. Die anfängliche Unruhe, die sich im ersten Bild zeigte, könnte eine Synthese eingegangen sein mit der Hoffnung und der Ruhe, die Frau B. im zweiten grünen Bild ausdrückte. In diesem dritten Bild sind die Farben des ersten Bildes mit den Formen des zweiten Bildes zusammengebracht. Es ist aber auch möglich, dass Frau B. versucht, sich selbst zu beruhigen und zu stabilisieren, sodass das Bild quasi einen Wunsch ausdrückt, das Baby möge geschützt weiter wachsen können.

Das runde Zentrum erinnert an einen schwangeren Bauch mit einem Embryo im Inneren. Frau B. sagt dazu, dass sie mein Flyer über die Kunsttherapie dazu inspiriert habe: „da hab ich eigentlich angefangen' so mit der Idee von – von Ihrn (ähm) von Ihrer kleinen Broschüre so. (...) Mit dem, mit dem Kind im Bauch. Ne'. Und, hab eigentlich des so als Anlass genommen, so mit dem Kind' da drin“. Das Bild auf dem Flyer, ein stilisierter Frauenkörper mit angedeutetem Embryo, hat Frau B. angesprochen, da dies ihre momentane Situation widerspiegelt, und sie hat dies als Ausgangspunkt für eine eigene Gestaltung genutzt.

Die Spiralförmigkeiten könnten möglicherweise an die „Unruhe im Bauch“, an die vorzeitigen Wehen und die Blutungen erinnern. Frau B. sagt hierzu: „Ich hab mir da erst gedacht: Oh, des sieht aus wien Magen, oder irgendwas. Eigentlich (hhh') (...) weiß gar net' – en Riesenorgan halt. (...)Aber gut, des is jetzt nix Konkretes geworden, aber des is auch glaub ich nich so wichtig.

Ein Magen, ein „Riesenorgan“, ist etwas im Körper Befindliches, das verdaut oder eine andere Funktion hat, möglicherweise in seinen Möglichkeiten in Bewegung ist. Eine Spiralförmigkeit ist mit einer gewissen Spannung oder Bewegung verbunden.

Außerdem befindet sich in den Spiralförmigkeiten auch etwas Blau, das mit dem Blau der rechten Seite korrespondiert. Frau B. verbindet mit dem Blau Kühle oder Kälte. Es könnte sein, dass Frau B. unbewusst damit die Unruhe im Bauch dargestellt hat. Die obere kleine Spirale ist direkt mit der dicken roten Außenschicht des Bauches verbunden im Gegensatz zu der unteren Spirale, die keine Verbindung zum Bauch hat. Die beiden kleinen Spiralförmigkeiten haben eine gegenläufige Bewegungsrichtung. Die obere könnte von der Lage her eine Brust der Mutter darstellen. Dies wiederum könnte auf die bereits bestehende Bindung zwischen Mutter und Kind hindeuten. Die untere Spirale wirkt fast abgekapselt, steht in keiner Verbindung. Die Farben dieser unteren Spirale sind kaum miteinander vermischt, stehen fast linear nebeneinander. Hier sticht auch das Blau sehr hervor. Dies könnte auch der Vater des Kindes, Frau B.s Partner sein (wie in Bild 2 die linke Spiralförmigkeit), der dabei ist, aber nicht so eine enge Bindung zum Kind hat und auch recht entfernt zur Mutter steht.

Das Bild wirkt zwar schon wesentlich ruhiger als das erste, aber dennoch ist die Gefahr einer Frühgeburt, einer Plazentablutung oder –ablösung oder eine Behinderung des Kindes noch nicht vollends gebannt.

Die äußere rote Schicht, die rechts an das Blau anschließt, könnte einerseits für die Plazenta stehen, die eine starke Blutung evozierte, andererseits könnte diese dicke Schicht auch als eine Art Schutz vor der kalten Außenwelt dienen. So sieht es Frau B.: „dann hab ich aber irgendwie en Übergang gebracht von dem Gelb und Orange in des Rote, und soll halt so (äh) des Kind innen mit ner relativ dicken Bauchdecke', so dass es nach außen geschützt ist darstellt“.

Frau B.: Ich hab dann auch (ähm) mein Masseur, der hat jetzt da auch gesacht: Des sieht fast aus, als – also er hat des sehr richtig gedeutet' alles eigentlich von sich aus, und hat so gsacht: Unten, der des (ähm), des was so in die Ecke geht' – nee, des was so aus dem Bauch nach unten ab – genau. Des sieht aus wie so ne Verbindung, wie ne Nabelschnur, ne' –

P.S.: Hier'. Ja'.

Frau B.: Die Verbindung da zur Mutter, ja –

P.S.: - Ah, dieses Rote hier.

Frau B.: Ja.
P.S.: Ja'.
Frau B.: (...) Da hab –des hab ich da jetzt gar net da rein interpretiert. (...) Und (ähm) des is ganz interessant und was er noch gesehen hat, is hier son Vogel oben der Kringel der Kopf' und dann der Körper' und dann irgendwie halt so der, der Schwanz hinten' und (ähm) und Beine. Unten
P.S.: Beine? Ja des seh –
Frau B.: Unten. Ja, genau.
P.S.: Ja'.
Frau B.: (...) Das hab ich überhaupt nich gesehen. Vorher. Aber es – da hat er net Unrecht.
P.S.: Hmhm'. (...)
Frau B.: (Schnaufen)
P.S.: Ah ja'. (...) Und das hier' (...) (ähm) (...) Kommt mir auch son bisschen vor, als würde das – also erinnert mich fast son bisschen an das Kind hier –
Frau B.: Ja' ja, stimmt'. –
P.S.: - das so umgedreht, ja? –
Frau B.: - Hmhm'. Da hab ich auch dran gedacht. Hab gedacht: Ah! Vielleicht war des ja so unbewusst einfach so dieser (äh) dieser Zwillingsgedanke, auch, ne', der sich da wieder – wieder gefunden hat. Hab ich jetzt (ähm) aber während des Malens eigentlich selber erst entdeckt.
P.S.: Ja'.
Frau B.: Also, da hab ich jetzt net bewusst –
P.S.: Hmhm'.
Frau B.: - drauf hingezielt. Und ich hab da auch angefangen so um ne Uhrzeit', wo, wenn die Sonne hier (ähm) rumkommt, dann leuchtet des die Wand hier an.
P.S.: Hmhm'.
Frau B.: Die kommt nich ganz rum. Und da hab ich angefangen und da war diese Wand angeleuchtet und dann war des so en schönes Licht beim Malen. –
P.S.: Ja'.
Frau B.: - Und dann war ich ganz gfrustet, weil die war recht schnell weg, und dann musst ich so dieses hässliche Neonlicht hinter mir anmachen, und saß mir auch dauernd im Licht', und hab dann eigentlich auch erst am nächste Tag gesehen, wie leuchtend des geworden ist. Da war ich dann ganz, ganz erstaunt selber, weil es gefällt mir total gut.
P.S.: Hmhm'.
Frau B.: (hmmh') (...)
P.S.: Das freut Sie auch, das anschauen jetzt.
Frau B.: Ja.
P.S.: Was da raus gekommen ist. –
Frau B.: Ja, total. (...) Eh muss immer da –
P.S.: - Ist das –
Frau B.: - ich lieg immer da und lächel des Bild an, weil ich mir denk: Die, die eine Hebamme sagte: Können Se nich mal für Kreißsaal eins malen? Dann sacht der Johannes: Gib ihnen des doch. Sach ich: Naa, Du des kann ich net hergeben, des muss ich behalten. Des is so mein ganzes Innerstes', ich kann noch mal eins machen, aber, das kann ich net hergeben. (hm'hm'mh')
P.S.: Schon ne starke Bedeutung auch, ja'.
Frau B.: Ja, ja'.
(Frau B., 3. Sitzung, S. 8, Z. 43-51 bis S. 10, Z. 1-5)

Frau B. schildert verschiedene Interpretationen und Assoziationen von Anderen, beispielsweise des Masseurs, der auf der Station zu ihr ins Zimmer kommt, um sie zu behandeln. Frau B. findet die Interpretationen interessant und prüft, ob diese für sie stimmig sind: „mein Masseur, der hat jetzt da auch gesacht: Des sieht fast aus, als – also er hat des sehr richtig gedeutet' alles eigentlich von sich aus, und hat so gsacht: (...) Des sieht aus wie so ne Verbindung, wie ne Nabelschnur, ne' (...) Die Verbindung da zur Mutter, ja – (...)

Das hab ich überhaupt nicht gesehen. Vorher. Aber es – da hat er net Unrecht“. Frau B. scheint solche Deutungen zu begrüßen und als Anregung zu empfinden und sie für ihre weitere Selbstexploration zu nutzen.

Daraufhin fühlte ich mich als Kunsttherapeutin wohl eingeladen, ebenfalls zu interpretieren und ein Feedback zu geben: „Kommt mir auch son bisschen vor, als würde das – also erinnert mich fast son bisschen an das Kind hier“. Ich spreche über die ovale Form links. Die zwei ovalen Formen, ähnlich einer Erdnuss, stehen sich verkehrt herum gegenüber. Frau B. erkennt darauf hin für sich: „Da hab ich auch dran gedacht. Hab gedacht: Ah! Vielleicht war des ja so unbewusst einfach so dieser (äh) dieser Zwillingsgedanke, auch, ne’, der sich da wieder – wieder gefunden hat. Hab ich jetzt (ähm) aber während des Malens eigentlich selber erst entdeckt.“ Frau B. scheint fremde Assoziationen zu begrüßen und für sich nutzen zu können, wenn es für sie stimmig ist. Der Gedanke, dass es möglicherweise zwei Kinder, also Zwillinge waren, wovon an einer sich nicht weiter entwickelt hätte und sich dadurch die Blutung ergeben haben könnte, beschäftigt Frau B. schon eine geraume Weile. Es wäre eine für sie plausible Erklärung, um die Komplikation einordnen zu können.

Frau B. nimmt erstaunt aber auch interessiert wahr, dass sich in ihren Bildern unbewusstes Material vergegenständlicht: „Also, da hab ich jetzt net bewusst (...) drauf hingezielt“. Dieses gelungene nach Außen-Bringen von unbewusstem und vorbewusstem Material beglückt Frau B.: „Da war ich dann ganz, ganz erstaunt selber, weil es gefällt mir total gut“. Das Bild ist Ausdruck ihrer Befindlichkeit und hat eine große Bedeutung für sie: „ich lieg immer da und lächel des Bild an, weil ich mir denk: Die, die eine Hebamme sagte: Können Se nich mal für Kreißsaal eins malen? Dann sacht der Johannes: Gib ihnen des doch. Sach ich: Naa, Du des kann ich net hergeben, des muss ich behalten. Des is so mein ganzes Innerstes’, ich kann noch mal eins machen, aber, das kann ich net hergeben“.

Sicherlich freut es Frau B. auch sehr, dass ihr Bild große Begeisterung bei den Hebammen hervorruft, also dass es neben dem Ausdruck ihres momentanen inneren Zustands auch andere anspricht in seiner Außenwirkung, aber die immense Bedeutung, die das Bild für sie selbst besitzt, resultiert wahrscheinlich auf der Übereinstimmung von Empfindung und Ausdruck.

Flow beim Malen

Frau B.: Also da war einfach auch so der Moment, da wollt was raus’ und dann hab ich des so dann genutzt, des fand ich’ (ähm) (...) (äh) ganz entspannend für mich’. Und kann – konnt dann auch sagen: Ich hab keine Pause gemacht. Ich hab mir überlegt, ob ichs noch mal wegleg. Und (hh) dann (äh) kam auch Störung, und Thrombosespritze, und ich hab dann auch gar nich Abend gegessen, das stand dann ewig da, und –

P.S.: Hmhm’.

- Frau B.: - (hhh) die ham dann schon en paar Mal gefragt (hmm'hmm'). Also diese, diese da offene, offene Zeit hat mir total gut getan. Des fand ich angenehmer jetzt so (ähm) mer weiß, mer hat jetzt ne dreiviertel Stunde oder so Zeit'. –
- P.S.: Hmhm'.
- Frau B.: - Aber bringt mir jetzt glaub ich mehr, dass ich selbst jetzt was mach, und (äh) man bespricht des einfach dann noch mal. –
- P.S.: Hmhm'.
- Frau B.: Des sag ich Ihnen jetzt einfach ma so.
(Frau B., 3. Sitzung, S. 11, Z. 20-37)

Frau B. beschreibt in diesem Textabschnitt, wie sie beim Malen in einen Entspannungszustand gelangte („des fand ich' (ähm) (...) (äh) ganz entspannend für mich“). Frau B. malte zwischen den Sitzungen und zwar zu einem Zeitpunkt, als sie einen Impuls zum Gestalten verspürte („Also da war einfach auch so der Moment, da wollt was raus' und dann hab ich des so dann genutzt“). Während des Gestaltungsprozesses vertiefte sich Frau B. so sehr, dass sie in einen regelrechten Flow⁴³ kam. Sie machte keine Pause während des Malens, hatte einen so genannten Schaffensrausch, der bei einem Flowerlebnis eintritt. Sie verspürte auch keinen Hunger: „ich hab dann auch gar nich Abend gegessen, das stand dann ewig da“. An dieser Stelle spricht Frau B. an, dass sie die „offene Zeit“, d.h. außerhalb der Kunsttherapiesitzung, angenehmer empfand als das Malen während der Stunde: „Des fand ich angenehmer jetzt so (ähm) mer weiß, mer hat jetzt ne dreiviertel Stunde oder so Zeit“. Möglicherweise fühlt sich Frau B. unwohl, wenn sie sich beobachtet fühlt, und die Zeit limitiert ist. Sie äußert sich darüber folgendermaßen: „Aber bringt mir jetzt glaub ich mehr, dass ich selbst jetzt was mach, und (äh) man bespricht des einfach dann noch mal“. Frau B. möchte die gemeinsame Zeit für das Gespräch über das entstandene Bild nutzen. Dies hat sich bereits dadurch angedeutet, dass Frau B. immer wieder während des Gestaltens das Gespräch mit der Kunsttherapeutin sucht und sie auch private Dinge fragt, beispielsweise über den weiteren Kinderwunsch oder die Schwangerschaft. Es scheint Frau B. einerseits nicht leicht zu fallen, dieses Vorhaben oder diesen Wunsch, zwischen den Stunden zu gestalten, zu formulieren. Andererseits hat sie offenbar genug Vertrauen zur Kunsttherapeutin, d.h. die Beziehung ist tragend, so dass sie klar formuliert: „Des sag ich Ihnen jetzt einfach ma so“.

Schuldgefühle

- Frau B.: - Naja. (...) Hmm. Das is halt auch jemand, der nich still sitzen konnte. (Hmhmhm')

⁴³ Mit **Flow** (engl. fließen, rinnen, strömen) wird das lustbetonte Gefühl des völligen Aufgehens in einer Tätigkeit bezeichnet, auf Deutsch in etwa *Schaffensrausch* oder *Tätigkeitsrausch*, *Funktionslust*. Die Flow-Theorie wurde von Mihaly Csikszentmihalyi entwickelt. (Csikszentmihalyi 2008)

P.S.: Auch nicht – also das sehen Sie bei Ihnen auch so als – mit da reinspielend –
 Frau B.: - Also das war sicherlich auch schuld. Mit. Hmhm'.
 P.S.: Hmhm.
 Frau B.: (...) Weil ich hab ja gemerkt, mir isses zu viel gewesen.
 P.S.: Hmhm.
 Frau B.: Und da, des war sicherlich so der Auslöser. Hätt mer mal gehört auf unsern Körper, dann wär uns des sicherlich nich so passiert. (...) Naja. Gut. Des kann man jetzt eh nich rückgängig machen, ne'. Vielleicht kann mer das nächste Mal draus lernen, (hh) dass man wirklich auf so Signale mal hört. (...)
 P.S.: Hm. Aber da fühlen Sie sich so im Nachhinein schon son bisschen mitverantwortlich für, für diese Geschichte.
 Frau B.: Jaa (äh), also ich finds jetzt net schlimm, dass es so war, ds ha – ds kann – ich mach mir jetzt keine Vorwürfe oder so, -
 P.S.: Hmhm.
 Frau B.: - nee, die mach ich mir nich. Aber ich (äh) denk halt schon, da hätt mer halt einfach mehr drauf achten sollen, ne'. Weil, wenn einem der Körper schon mal son Zeichen gibt: Och, jetzt is eigentlich zuviel' –
 P.S.: Hmhm.
 Frau B.: - dass mer dann halt net sacht, des is halt: Stop. Des warn halt Kleinigkeiten.
 P.S.: Hmhm.
 (Frau B., 3. Sitzung, S. 12, Z. 16-39)

In dieser Sequenz beschreibt Frau B. ihre Gedanken zur Ursache der Komplikation, nämlich dass sie nicht auf die Signale ihres Körpers gehört habe, der wahrscheinlich etwas mehr Ruhe gebraucht hätte („des war sicherlich so der Auslöser. Hätt mer mal gehört auf unsern Körper, dann wär uns des sicherlich nich so passiert“). Auffällig ist, dass Frau B. an dieser Stelle von sich in der Mehrzahl spricht und nicht von sich als handelndes Subjekt. Vielleicht entlastet sie das von ihrem Schuldgefühl und sieht sich in Gesellschaft mit der vorher erwähnten Schwangeren. Denn zunächst berichtet Frau B. von einer Bekannten: „Das is halt auch jemand, der nich still sitzen konnte“. Durch das Wort „auch“ wird der Bezug zu ihr selbst gezogen. Frau B. sieht ihr Verhalten als Ursache, verneint aber, Schuldgefühle diesbezüglich zu haben („also ich finds jetzt net schlimm, dass es so war, ds ha – ds kann – ich mach mir jetzt keine Vorwürfe oder so“). Es könnte entweder so sein, dass Frau B. einen Zusammenhang zwischen ihrem Verhalten und der Komplikation wahrnimmt und dies als Lernfeld nutzt, d.h. dass sie nun mehr auf die Signale ihres Körpers achten möchte, oder dass Frau B. sich schon Vorwürfe macht und Schuldgefühle hat, dies aber eigentlich nicht möchte und deshalb verneint.

Medizin und eigenes Bauchgefühl

Frau B.: (...) Aber mir fehlt halt dann die medizinische Kenntnis, um wirklich sagen zu können, mer kann des jetzt lang - längerfristig geben in dieser Dosierung, oder des andere is schlecht, des andere is gut für mich'.
 P.S.: Hmm'.
 Frau B.: Gell, des kann ich mir nich anmaßen zu beurteilen. –
 P.S.: Hm'.
 Frau B.: - Kann dann halt nur so sagen, des is so ne Gefühlssache, ich, dass ich halt (ähm) wo – wo ich schon denk, dass man son bisschen drauf hörn sollte, jetzt auch.
 P.S.: Hm'.

Frau B.: Vielleicht liege ich ja auch noch komplett verkehrt. Kann natürlich auch sein.
P.S.: Aber es war jetzt so einige Dinge, wo Sie sich auch bestätigt fühlen auch jetzt, dass Ihr Gefühl doch richtig liegt'.
Frau B.: Ja.
(Frau B., 3. Sitzung, S. 17, Z. 8-23)

Frau B. spricht in dieser Textsequenz ihre Ambivalenz an, einerseits dem medizinischen Fachpersonal vertrauen zu wollen in deren Urteil und Entscheidungen, andererseits ihrem eigenen Empfinden als Mutter Vertrauen zu schenken und darauf zu hören („des is so ne Gefühlssache, ich, dass ich halt (ähm) wo – wo ich schon denk, dass man son bisschen drauf hörn sollte“). Diesen Zwiespalt erlebt Frau B. immer wieder in der Zeit des Krankenhausaufenthaltes (S. 107, Interpretation des Materials aus der zweiten Sitzung). Sie fühlt sich verunsichert, weil sie sich selbst nicht völlig sicher ist, ob sie mit ihrer Sichtweise tatsächlich recht hat: „Vielleicht liege< ich ja auch noch komplett verkehrt. Kann natürlich auch sein“. Aber Frau B. möchte sich nicht kritiklos und uniformiert fügen und alles geschehen lassen. Dennoch scheint sie sich mit ihrer Haltung vermessen zu fühlen und nicht wirklich kompetent, medizinische Entscheidungen mitzudiskutieren („Gell, des kann ich mir nich anmaßen zu beurteilen“).

Der Schock durch das Aufwachen in der Blutlache

Frau B.: Bin ich, bin ich (mh') ganz zuversichtlich' eigentlich'. (...) Jaa, ich denk auch, dass ich (ähm) ja irgendwann wahrscheinlich wieder besser schlafen werde, und ich denk, es kommt so nach und nach auch wieder. So eine Schwester jetzt, die Nachtdienst hat, die hat ähnlich, die hatte Drillinge erwartet, und die hat des eine Kind dann aber im vierten Monat hat die so - so starke Blutungen, und die kennt halt des so im Blut aufwachen auch, und (hhh) also da weiß ich, die guckt auf jeden Fall.
P.S.: Hmhm.
Frau B.: Ja'. Weil sie einfach dieses Gefühl kennt.
P.S.: Hm'.
Frau B.: Und (ähm) –
P.S.: Die hat Ihnen auch en bisschen was erzählt von sich dann so.
Frau B.: Ja. Hmhm'. Und des – sie hat dann Zwillinge halt gekriegt noch. Und die hat heute halt wieder Nachtdienst. Und, des is einfach so en ganz gutes Gefühl, wenn des jemand selber schon erlebt hat, ne'. (...) Für mich jetzt –
P.S.: - Die diese Ängste auch verstehen können, die Sie jetzt im Moment auch umtreibt und nicht schlafen lässt auch, ja'. –
Frau B.: Hm'. Ja.
P.S.: Ja. Ja. Ja'.
Frau B.: Wo jeder sagt: Das müssen Sie doch merken', wenn da, wenn da was raus läuft, oder was is des –
P.S.: War das jetzt auch grade –
Frau B.: - Nix.
P.S.: - dieser Schock. Dass Sies halt überhaupt nicht gemerkt haben, als das –
Frau B.: Des, des ist des, was mich –
P.S.: - anfang. Also das –
Frau B.: - so fertig macht! Ja.-
P.S.: - könnte ja auch immer wieder passieren, -
Frau B.: - Ja, Genau. –
P.S.: - so nach dem Motto: Weil –
Frau B.: - Ja. –
P.S.: - Sies nicht gemerkt haben.
Frau B.: Wenn ich wach wär, hätt ichs sicher gemerkt. Aber –

P.S.: Hm.

Frau B.: - da (em) nach dem Mittagessen geschlafen, und ganz' tief(!) geschlafen auch.

P.S.: Hmhm.

Frau B.: (hh) Und (ähm) der, wie gesacht, ich hatte ja wirklich erst nach diesem Schlauch geguckt, und, überhaupt net gepeilt, was Sache is. Weil ichs ja hier oben am Rücken zuerst gemerkt hab. Und war – war dann ganz erstaunt, nachdem des rot war und hab immer noch nach dem Schlauch geguckt.-

P.S.: Hm'hm.

Frau B.: - Und i ha gdach: Aber da – normal, aber des kann ja natürlich Blut aus der Vene laufen, und wenn bis hier – aber der Schlauch war hell', also. Und der war ganz'. Und (ähm) dann hab ich halt -

P.S.: Hat wahrscheinlich nichts wehgetan und nichts, ja'.

Frau B.: Null! (...) Nix. Und ich hab auch net gemerkt, das läuft, ich hab auch net gemerkt das wird nass oder warm, weil, eigentlich wacht mer ja auch auf, wenn man seine Tage kriegt nachts zum Beispiel.

P.S.: Hmhm.

Frau B.: Wach ich auch auf.

P.S.: Hm'hm'.

Frau B.: Oder wenn mer –

P.S.: - Dann ziehts ja manchmal auch ein bisschen, -

Frau B.: - Ja.

P.S.: - das war ja dann auch nich gewesen.

Frau B.: Null! Gar nix'. Nee. Und des is halt des, was mich so (äh) erschreckt hat eigentlich dann, oder wenn mal – was weiß ich! Sagen mer mal, wenn mer ganz tief schläft, und (äh) ich mein, des is wahrscheinlich jedem Erwachsenen auch schon mal passiert, dass mer (äh) ins Bett' gemacht hat, ja'.

P.S.: Hmhm.

Frau B.: Weil ma so tief geschlafen hat und hat was geträumt'. Das passiert vielleicht alle zehn Jahre' einmal, oder was, da wacht mer auch' auf davon.

P.S.: Hm. Ja, ja'.

Frau B.: Ich hab da nichts', nichts (!) gemerkt.

P.S.: Hm'hm.

Frau B.: Null.

P.S.: Ja, ja'. (...) ds ist, weil Sie ja auch dieser Schock, es eben nicht gemerkt zu haben, und es dann eben so massiv auch war. Ja'.

Frau B.: In dieser Menge halt. Ja, des hat mich halt sooo, obwohl ich dieses Ausmaß eigentlich gar net selber gesehen hab, weil ich ja auf der Seite lag, und hab eigentlich nur so des hinter mir gesehen. Und als se mich dann ausgezogen ham sicherlich, und – oh Wunder, mein Schlafanzug ist wieder sauber geworden.

P.S.: Ach, ja'. Ihr Lieblingschlafanzug.

Frau B.: Der war schon im Müll. Ja. Den hat mein Freund hier ausgewaschen, hat scho gsacht: Ich komm mir vor, wien Schlachter. (Hhkhchh) Hat den dann in die Sechzig-Grad-Wäsche gesteckt, und der liegt hier im Schrank. Den kann ich wieder anziehen.

P.S.: Das is gut', ja. (...)

Frau B.: (hhh) Aber ich zieh ihn jetzt erst mal noch nicht an, da brauch ich noch ein Weilchen.

P.S.: Weils Sie ja auch erinnert.

Frau B.: Ja.

P.S.: Ja'.

Frau B.: Ja. Ich denk, wenn ich den wieder anzieh, dann kommt des vielleicht noch mal. Und den muss ich en bisschen noch liegen lassen. Da lass ich mal meine anderen Nachthemden erst mal ran.

(Frau B., 3. Sitzung, S. 22, Z. 23-51 bis S. 24, Z. 1-14)

Frau B. empfindet nun im Nachhinein das Aufwachen in der Blutlache als Schock. Sie kann nicht mehr richtig schlafen, weil sie ständig Angst hat, das könnte wieder im Schlaf passieren, denn sie hatte die Blutung nicht bemerkt („Des, des ist des, was mich (...)so fertig macht! Ja.“). Anfänglich schien es so, als hätte Frau B. diesen drastischen Vorfall ohne weiteres weggesteckt. Sie selbst sagte auch, dass der andere Vorfall,

bei dem die Herztöne des Kindes abfielen, für sie wesentlich schlimmer gewesen sei. Aber nun stellt sich heraus, dass Frau B. seitdem Ängste hat, die sie am Schlafen hindern. In der genannten Textstelle beschreibt sie den Vorfall noch einmal im Detail, was sie bereits in der vorangegangenen Stunde tat, diesmal aber mit mehr emotionaler Beteiligung. In der vorherigen Stunde erschien es mehr als Bericht, diesmal ist ihre eigene Betroffenheit spürbarer, wahrscheinlich auch für sie selbst („Und des is halt des, was mich so (äh) erschreckt hat eigentlich“).

Ihren Lieblingsschlafanzug erwähnt sie auch wieder. Dieser Schlafanzug, an dem sie wohl sehr hängt, könnte ein Sinnbild sein für die drastische Situation. Er war bereits im Müll, wurde dann aber wieder „gerettet“ und kann wieder angezogen werden. Dies könnte die Gefahr in der Situation beschreiben, denn fast hätte Frau B. ihr Kind verlieren können, es ist aber noch mal gut gegangen.

10.2.7 Vierte Sitzung (Teil 1) Frau B.: Bild 4 „Fischschwarm – Gegen den Strom“, Jaxon-Ölwachskreide, DIN A2



Entstehungsprozess:

Dieses Bild gestaltete Frau B. wieder zwischen zwei Kunsttherapiestunden und nicht in der eigentlichen kunsttherapeutischen Sitzung. Frau B. hat sich für ein DIN A2 Format hochkant entschieden.

Bildbeschreibung:

Gleich zu Beginn der Stunde fragte Frau B., ob mir etwas an dem Bild auffalle. Diese Frage bezog sich auf den Fisch, der in die entgegengesetzte Richtung zum Fischschwarm schwimmt. Zu sehen ist ein Fischschwarm von gelben Fischen mit roter Umrandung, alle in einer ähnlichen Größe nach links schwimmend. Ein einzelner Fisch schwimmt nach rechts. Er befindet sich relativ zentral, nicht ganz im Bildzentrum, sondern etwas links davon. Seine Position ist die des Goldenen Schnitts. Dieser Fisch ist etwas größer als die anderen im Schwarm, er fällt aber nicht sofort auf, da er sich durch die Farbe und Form gut einreicht trotz der entgegengesetzten Richtung. Er schwimmt allein, obwohl er sich im Zentrum des

Fischschwarms aufhält. Im Gegensatz zu einigen anderen Fischen im Schwarm berührt er niemanden. Einige Fische scheinen sich teilweise zu verdecken, beziehungsweise paarweise zu schwimmen. Innerhalb des Schwarms gibt es 15 Pärchen, d.h. zwei Fische, die sich berühren, und eine Dreiergruppe, also drei Fische, die sich berühren oder überlappen. 15 Fische, einschließlich des dickeren Fisches in der Gegenrichtung schwimmen frei und ohne Berührung. Die Fische sind stilisiert, ohne Maul und seitliche Flossen, lediglich Leib und Schwanzflosse. Die Fische wirken hier wie Symbole, nicht wie die visuelle Wiedergabe von Fischen. Der Hintergrund ist blau, an den Rändern des Blattes ist das Blau dunkler, direkt um die Fische herum ist das Blau heller mit einzelnen dunkleren wellenförmigen Linien, als würde dort Licht einfallen.

Das Gelb-Orange der Fische leuchtet durch den Kalt-Warm-Kontrast mit dem Blau, der fast einen Komplementärkontrast darstellt (Blau-Orange). Die rote Umrandung der Fische ist am Unterbauch der einzelnen Fische kräftiger als am Rücken.

Auf diesem Bild herrschen die Farben Blau und Gelb-Orange vor, das Rot ist nur als Umrisslinie der Fische zu erkennen. Durch diese Umrisslinie, die den Unterbauch der Fische stärker betont, und durch das Spiel mit Hell und Dunkel des blauen Wassers erhält das Bild eine Tiefenwirkung.

Die Farbigkeit und Kontrasthaftigkeit dieses Bildes erinnert an das vorangegangene Bild, insbesondere durch die Farbabstufung des Blaus in Hell- und Dunkelblau.

Der Fischschwarm wirkt in sich geschlossen, um ihn herum ist das blaue Wasser.

Das Ausschnitthafte der vorangegangenen Bilder ist nicht mehr zu erkennen.

Insgesamt erlaubt das Bild eine größere Sicht auf das Ganze durch eine größere Distanz zum Motiv. Dies könnte darauf schließen lassen, dass Frau B. insgesamt einen größeren Überblick über die Situation erlangt hat, nicht mehr so tief in den damit zusammenhängenden Gefühlen steckt.

10.2.8 Interpretation des Materials der vierten Sitzung (Teil 1)

Die Fische schwimmen bis auf einen alle nach rechts, sie bewegen sich sozusagen gleichförmig im Fischschwarm. Ein Fisch fällt aus der Reihe, auch wenn dies auf den ersten Blick nicht sofort erkennbar ist, weil der Fisch sich farblich und von der Größe her gut in den Fischschwarm einfügt. Frau B. sagt hierzu:

- Frau B.: Des is so, ich weiß net, ob Ihnen des aufgefallen is, da auf dem Bild'. (hhhehhh')
P.S.: Auf dem neuen Bild?
Frau B.: Auf dem neuen Bild, ja. Also bisher haben ses alle gesehen', aber' (Lachen) man muss glaub ich en Weilchen draufgucken. (Hmhm')
P.S.: (Räuspern) Also ich sehe ein Fischschwarm' –

Frau B.: - Ja'.
 P.S.: - im Wasser' -
 Frau B.: Ja.
 P.S.: (...) und (...) ein paar Fische (...) sind en bisschen näher aneinander' als andere?
 Frau B.: Hmhm. Hmhm.
 P.S.: Schwimmen fast son bisschen aneinander dran' –
 Frau B.: Ja.
 P.S.: (...) und ein Fisch schwimmt in die andere Richtung.
 Frau B.: Ja. Der is leider etwas dicker geworden als die andern. (Lachen) Ich wollt ihn ganz unauffällig malen'.
 P.S.: Hmhm'.
 Frau B.: (...) Und ich – des war mir aber ganz wichtig, dass einer so gegen den Strom schwimmt. Also des is denk ich auch so der – Titel von dem Bild. Weil –
 P.S.: - Gegen den Strom schwimmen?
 Frau B.: Ja. So einfach (äh) zeigen: Eija! Es geht ja doch anders. Ne? Obwohl andere – alle vermuten, und alle des Gleiche sagen' und, (ähm) alle des Gleiche vermuten' und, des is – hält nimmer lang. Und: Eija, wir müssen des Kind holen' vielleicht'. Oder egal, was es ist. Ne? Oder auch mein Vater, der halt dann so gekämpft hat' und, des sind halt (ähm) war mir ganz wichtig. Also sicherlich mit einiger Unterstützung'. Eigentlich hätten da noch en paar mehr in die Gegenrichtung, aber (äh) schwimmen müssen, die halt mir dann die Kraft geben, aber (...) (ähm) dann wär des natürlich nix besonderes mehr gewesen. Also durfte des nur einer sein.
 P.S.: Hmhm'.
 Frau B.: Und des war mir halt ganz wichtig. (...) Dass da einer, einer in die andere Richtung geht.
 P.S.: Trotz dieses großen Schwarms, die –
 Frau B.: Ähä'.
 P.S.: - auch son bisschen quasi entgegen, also auch den Weg son bisschen versperren auch so –
 Frau B.: Ja', ja genau.
 P.S.: - (äh) hält der sich tapfer –
 Frau B.: Hmhm'.
 P.S.: - gegen den Strom' (...) und geht seinen – schwimmt seinen eigenen Weg da'. –
 Frau B.: Ja, genau.
 P.S.: Is en bisschen dicker', trägt vielleicht was in sich? Ja?
 Frau B.: Ja, des war Zufall! Vielleicht. Ja, ich hab dann gsacht: Naja'. Weil jeder sachte: Und wo is des Kind? (...) Und dann sach ich: Eija, vielleicht is er drum dicker geworden, wer weiß! (He'he'he') Also ich glaub, ich hätt, also wenn ich des Blatt umgedreht hätt, is es halt nicht so leicht, wenn man alles so in einer Richtung malt, und dann plötzlich entgegengesetzt, dann (äh) is die Handführung auch n bisschen anders. –
 P.S.: - Ham Sies mal umgedreht, ja? –
 Frau B.: - Drum is der glaub ich dicker geworden. - Nee! –
 P.S.: - Nee. –
 Frau B.: - Mhmh. Ich hab ihn verkehrt rum gemalt. Aber, wenn ich ihn, wenn ich des Blatt gedreht hätt, wär er vielleicht die gleiche Form geworden. Ja, also nicht so dick, sondern länger. (...) Aber des macht ja nix. Des kann ja auch sein, dass des einfach soo ja, unbewusster Zufall war. Oder unbewusst ja halt einfach entstanden ist.
 P.S.: Hmhm'.
 Frau B.: (...) Naja. Und des war halt so mein, mein Konsens. Dass sich halt eh schon jeder wundert, (mh'mh'mh'mh') und jeder sacht: Eija'. – Mittlerweile glauben se mir ja sogar, dass mer noch recht lang aushalten werden'.

(Frau B., 4. Sitzung, S. 7, Z. 1-51, S. 8, Z. 1-16)

Zu Beginn der kunsttherapeutischen Sitzung stellt Frau B. die Kunsttherapeutin quasi „auf die Probe“, nämlich ob sie den von Frau B. intendierten Bildwitz versteht: den Fisch, der innerhalb des Fischeschwarms gegen die Schwimmrichtung desselben schwimmt. Diese Ironie scheint konzeptionell intendiert und für den Betrachter gemacht zu sein und könnte auf eine positive Stimmung hindeuten. Das Bild ist,

ähnlich den ersten drei Bildern, intensiv durchgestaltet, wieder ist kein Rest Weiß des Papiers mehr zu sehen. Der einzelne Fisch fällt nicht gleich auf, da er in Farbe und Form im Schwarm quasi getarnt ist. Auf den zweiten Blick entdeckt man den gegenläufigen Fisch, der etwas größer ist als die anderen. Frau B. identifiziert sich mit diesem Fisch und begründet den Größenunterschied im Vergleich zu den anderen zum einen mit der Schwangerschaft: „Weil jeder sachte: Und wo is des Kind? (...) Und dann sach ich: Eija, vielleicht is er drum dicker geworden, wer weiß! (He'he'he)“ zum anderen durch die Art und Weise, wie sie den Fisch gestaltet hat: „Also ich glaub, ich hätt, also wenn ich des Blatt umgedreht hätt, is es halt nicht so leicht, wenn man alles so in einer Richtung malt, und dann plötzlich entgegengesetzt, dann (äh) is die Handführung auch n bisschen anders“. Frau B. beschreibt ihre Art, sich nicht gerne und schnell anzupassen mit dem Bild des gegen den Strom schwimmenden Fisches. Dieses „gegen den Strom schwimmen“ bezieht sich auf verschiedene Bereiche in Frau B.s Leben. Aktuell wird dies durch ihre Haltung innerhalb des Krankenhauses gegenüber der Ärzteschaft und des Klinikpersonals deutlich: „So einfach (äh) zeigen: Eija! Es geht ja doch anders. Ne? Obwohl andere – alle vermuten, und alle des Gleiche sagen' und, (ähm) alle des Gleiche vermuten' und, des is – hält nimmer lang. Und: Eija, wir müssen des Kind holen' vielleicht“. Sie identifiziert sich dabei auch mit der Art ihres Vaters, die ihr anscheinend imponiert hat: „Oder auch mein Vater, der halt dann so gekämpft hat' und, des sind halt (ähm) war mir ganz wichtig“. Sie berichtet aber auch von Situationen in ihrem Berufsalltag:

- Frau B.: Aber ich denk mal, ja des is so bezeichnend halt. Ich, ich – des is halt so, ich mach mirs halt oft mal net einfach, weil ich sach: (ähm) Sind halt viele Dinge halt jetzt auch auf der Arbeit, wo ich dann schon sag, was, was mir nicht, nicht passt'. Und (ähm) eck halt dann oftmals –
- P.S.: - Bei der Arbeit –
- Frau B.: - an. -
- P.S.: - jetzt vor' –
- Frau B.: - Beruf' –
- P.S.: - vor' - vorher'. Ja.
- Frau B.: Hmhm. Generell. Wo ich, wo ich dann schon Kontra geb und passt halt net jedem. –
- P.S.: - Hmhm', hmhm'. –
- Frau B.: - Und (...) wo mein Freund, der sacht immer: Ja, (ch) Du kannst es Dir natürlich net ma einfach machen, oder? Da sach ich: Nee. Ich möchte schon vertreten, weil ich möchte ma halt weiter möchte ich noch in Spiegel' schaun können' und sagen: Das is das, was mir(!) wichtig is und des versuch ich halt wirklich dann umzusetzen, ja? Und auch wenn ich halt allein mit dieser Meinung dasteh. Wenn des für mich gültig und richtig is, dann möchte ich des auch äußern' können –
- P.S.: - Hm. Hm'.
- Frau B.: - Und des heißt jetzt net, dass mich net jemand (äh) überzeugen kann vom Gegenteil, ja? Der, der halt ne gute Argumente bringt, oder mir zeigt, also des is jetzt falsch, was ich sag oder mein, aber m mir is halt wichtig, dass mer Sachen net in sich reinschluckt, und auch net sacht: Eija, weil jetzt unbequem ist (ähm) – schreib ich da jetzt kein Bericht drüber; oder (ähm) hab einfach (ähm) mach da kein Vorschlag zu oder so, ne'.
- P.S.: Hm.
- Frau B.: Oder halt: Ich mach des so, weil mein Vorgesetzter des sagt. Wenn ich, wenn ich merk, da is was falsch, dann möchte ich des halt auch sagen können. Und –

P.S.: - Son bisschen ist das ja hier in der Klinik dann auch, ne' –
 Frau B.: Hmhm'.
 P.S.: - bei (äh) (ähm), dass Sie da auch eine andere Meinung –
 Frau B.: - Ja' –
 P.S.: - vertreten. Und da-
 Frau B.: - Ja, ich mein ich weiß nie, ob des wirklich so zutrifft, des sin halt, is halt oft mein Gefühl oder, s ist halt oft mal was, was ich, wo ich glaub, des is jetzt für mich (ä) richtig.
 P.S.: Ja'. Hmhm'.
 Frau B.: Und – vielleicht bin ich – lieg ich total verkehrt. Weiß ich nich, aber des is dann halt so gravierende Sachen, die sich eigentlich durch mein Leben immer so durchgezogen haben und die ich nie –
 P.S.: - Das kennen Sie ja auch schon von vorher jetzt. –
 Frau B.: - Ja'. -
 P.S.: - Auch außerhalb der Schwangerschaft, ja'.
 Frau B.: Hmhm'.
 P.S.: Beruf und auch –
 Frau B.: - Bin da halt nie falsch gefahren. –
 P.S.: - Hmhm'. -
 Frau B.: - So'. –
 P.S.: Ham Sie auch gute Erfahrungen mit gemacht'.
 Frau B.: Ja. Auch schlechte natürlich, -
 P.S.: - Hmhm'. –
 Frau B.: - wo mer dann schon, (ähm) son bisschen kämpfen muss, aber halt nich unbedingt (äh) so beliebt ist, ne? Weil ma is ja unbequem, (hhhmh'mh') –
 P.S.: Hmhm'.
 Frau B.: - Aber, da muss mer halt dann gucken, was einem wichtiger ist.
 P.S.: Hmhm'.
 Frau B.: (...) Obs jetzt des „Gemochtwerden“ (äh) is, oder ob man (äh) sacht: Mir is persönlich halt so wichtig, dass ich des wirklich äußer und durchsetz und (...) hm.
 (Frau B., 4. Sitzung, S. 8, Z. 32-50, S. 9, Z. 1-46)

Frau schildert in der oben angegebenen Textpassage ausführlich ihre Art sich entgegenzusetzen. Im Grunde scheint Frau B. mit ihrer Haltung sehr einverstanden, auch wenn sie damit „aneckt“ im Beruf beispielsweise. Ihren Partner zitiert Frau B. allerdings kritischer: „wo mein Freund, der sacht immer: Ja, (ch) Du kannst es Dir natürlich net ma einfach machen, oder? Da sach ich: Nee. Ich möchte schon vertreten, weil ich möchte ma halt weiter möchte ich noch in Spiegel' schau'n können' und sagen: Das is das, was mir(!) wichtig is und des versuch ich halt wirklich dann umzusetzen, ja? Und auch wenn ich halt allein mit dieser Meinung dasteh. Wenn des für mich gültig und richtig is, dann möchte ich des auch äußern' können“.

Hier wird ein Aspekt deutlich, nämlich die Einsamkeit, das „allein mit dieser Meinung dasteh(n)“.

Dieser Ausspruch lässt eine gewisse Anstrengung anklingen, auch wenn Frau B. auf ihre kämpferische Haltung stolz ist: „wo mer dann schon, (ähm) son bisschen kämpfen muss, aber halt nich unbedingt (äh) so beliebt ist, ne? Weil ma is ja unbequem, (hhhmh'mh') (...) Aber, da muss mer halt dann gucken, was einem wichtiger ist (...) Obs jetzt des „Gemochtwerden“ (äh) is, oder ob man (äh) sacht: Mir is persönlich halt so wichtig, dass ich des wirklich äußer und durchsetz“.

Der in die entgegengesetzte Richtung schwimmende Fisch wirkt auf dem Bild aber nicht aggressiv, er reiht sich oberflächlich gesehen in den Schwarm ein, obwohl er eine andere Schwimmrichtung hat. Er schwimmt seinen Weg, die angrenzenden und entgegenkommenden Fische stehen nicht im Weg, sie weichen aus. So erscheint

auch Frau B., denn ihre Art ist nett und lustig, sie wirkt nicht wie ein Querulant. Dennoch vertritt sie ihre Position, beziehungsweise äußert ihre Sicht der Dinge auch gegenüber der Ärzteschaft. Die stilisierten Fische wirken eher harmlos, nett und ungefährlich, es sind keine Raubfische. Der Fisch ist auch ein Symbol für die Gemeinschaft von Menschen, ursprünglich ein altes christliches Symbol (Ichtyus)⁴⁴ Ihre Haltung könnte auch bedeuten, dass Frau B. gerne die Kontrolle behält und sich nicht einfach in die Hände anderer begeben möchte, die dann für sie wichtige Entscheidungen treffen. Die Schwangerschaft ist eine Phase oder ein Prozess, dem sich eine Frau ein Stück weit anvertrauen und hingeben muss. Dieser Prozess ist nicht bis zu letzt zu kontrollieren. Möglicherweise könnte dies einen inneren Konflikt bei Frau B. auslösen, einerseits möchte sie diesem natürlichen Prozess seinen freien Lauf lassen, andererseits möchte sie das Geschehen möglicherweise unter Kontrolle behalten.

Dass einige Fische teilweise übereinander schwimmen, beziehungsweise paarweise zu schwimmen scheinen, der Fisch, der entgegen der allgemeinen Richtung schwimmt aber alleine schwimmt, könnte einerseits aus einer gestalterischen Überlegung heraus entstanden sein, um die Gestaltung spannend zu konzipieren, andererseits könnte dies auch darauf hindeuten, dass sich Frau B. auf sich selbst gestellt empfindet. Dies könnte eine Schwierigkeit innerhalb der Paarbeziehung beschreiben. Denn Frau B. lebt zurzeit allein, ihr Partner lebt berufsbedingt in einer anderen deutschen Stadt. Zu diesem Zeitpunkt ist es auch noch nicht abzusehen, wann beide einen gemeinsamen Wohnsitz haben werden. Ein Fischpärchen, ganz links außen, berührt sich derart, dass es an einen Geschlechtsakt erinnern könnte. Die Fische könnten auch Freiheit ausdrücken, wie sie sich schwimmend im Element Wasser bewegen können. Möglicherweise deutet dies darauf hin, dass Frau B. sich etwas freier fühlt, „wie ein Fisch im Wasser“, nachdem sich die Schwangerschaft nun doch relativ stabil gestaltet. Bestimmt spürt Frau B. inzwischen die Kindsbewegungen, die häufig auch als „Berührung wie von einem Fischeschwanz“

⁴⁴ **Der Fisch als christliches Symbol:** Eine mündlich tradierte und später in Schriftform festgehaltene Version erzählt, dass der Fisch als unauffälliges christliches Erkennungszeichen verwendet wurde. Das griechische Wort für Fisch $\chi \theta \varsigma$ (*ichthys*) enthält ein kurzgefasstes Glaubensbekenntnis: „Jesus“, „Christus“ (d.h. „der Gesalbte“), „Gottes“, „Sohn“, „Retter“, „Erlöser“. Das (I-Ch-Th-Y-S-)Symbol besteht aus zwei gekrümmten Linien, die einen Fisch darstellen. Historisch nicht belegt ist die Auffassung, dass es schon von den ersten Urchristen als Erkennungs- und Geheimzeichen benutzt wurde: Eine Person zeichnete einen Bogen in den Sand, die andere vollendete das Symbol mit dem Gegenbogen und zeigte sich damit als Bruder oder Schwester in Christus.

beschrieben werden. Die Fische sind in Bewegung, sie schwimmen. Das bedeutet Dynamik, Fortkommen.

Dieses vierte Bild enthält mehr Gelb und weniger Rot, ähnlich dem zweiten Bild.

10.2.9 Vierte Sitzung (Teil 2) Frau B.: Bild 5 „Tonfigur“, weißer Ton, Höhe ca. 25cm



Entstehungsprozess:

Diese Tonfigur entstand gegen Ende der kunsttherapeutischen Sitzung, nachdem Frau B. zusammen mit der Kunsttherapeutin das Bild des Fischschwarms betrachtete. Die Kunsttherapeutin hatte in der vorangegangenen Stunde erwähnt, dass sie Ton mitbringen werde. Frau B. erarbeitete die Figur aus einem Stück.

Bildbeschreibung bzw. Beschreibung des Objekts:

Die Figur aus weißem Ton sitzt auf einem Sockel aus Ton. Der Sockel ist unter den Oberschenkeln und der Sitzfläche erhöht, unterhalb der Füße wesentlich dünner aber dennoch vorhanden. Die Beine stehen im 90 Grad Winkel zum Rumpf, die Unterschenkel scheinen in einem etwas größeren Winkel von den Oberschenkeln abzuknicken. Die Figur ist barfuß und scheint eine Hose zu tragen, die Zehen sind angedeutet. Die Hände der Tonfigur liegen auf dem Schoß auf. Sie sind lediglich angedeutet, nicht ausgearbeitet, denn es sind keine Finger erkennbar. Fast sieht es so aus, als wären gar keine Hände vorhanden, sondern nur Stümpfe. Die Arme sind im Ellenbogengelenk im 90 Grad Winkel angewinkelt. Schultern, Kopf und Nacken sind leicht nach vorne gebeugt. Der Kopf und das Gesicht sind nicht ausdifferenziert, sondern als Form lediglich angedeutet. Der Kopf und der Hals erscheinen im Verhältnis zum übrigen Körper überproportional groß. Der Kopf wirkt im Gegensatz zum restlichen Körper wie nachträglich aufgesetzt, nicht aus einem Stück mit dem Körper gearbeitet. Die Figur hat ebenfalls angedeutet eine weibliche Brust. Auf dem Schoß der Tonfigur liegt eine Art Paket oder Bündel. Der Kopf ist leicht nach unten zu dem Bündel geneigt. Der Oberkörper hat ab dem mittleren Rücken eine Art Kipphaltung nach vorn zum Paket oder Bündel. Die Figur sitzt auf dem Sockel ohne Rückenlehne, der Sockel bietet eine Sitzfläche, die gerade ausreichend ist für die Figur. Der Ton, d.h. die Oberfläche der gesamten Figur, ist glatt gestrichen, hat jedoch kleine Einbuchtungen und Unebenheiten. Sowohl die Übergänge der einzelnen Körperteile als auch die Oberfläche des glattgestrichenen Tones wirken fließend.

10.2.10 Interpretation des Materials aus der vierten Sitzung (Teil 2)

Die Figur sitzt auf einem Sockel, der es ihr ermöglicht, relativ entspannt zu sitzen und das „Bündel“, ein Kästchen oder einen „Schatz“ auf dem Schoß und in den Armen zu halten. Die Füße sind auf dem Boden mit der ganzen Fußsohle, was für eine stabile Position sprechen könnte. Diese ruhende Sitzhaltung könnte einerseits an einen ägyptische Schreiber erinnern mit einem Kästchen auf dem Schoß, in dem sich Papyrus und Kiele befanden. Andererseits erinnert die Figur an eine Mutter mit einem Baby im Arm, beziehungsweise auf dem Schoß. Wobei die Mutter die weibliche Brust als einziges weibliches Geschlechtsmerkmal besitzt. Weder die Haare noch die angedeutete Kleidung in Form einer Hose deuten sonst auf einen

weiblichen Menschen hin. Während des Gestaltens war es Frau B. sehr wichtig, die Brust nicht zu klein zu gestalten:

- Frau B.: Ach ja, okay'. (Leiser) Krieg die Brust nich hin, die is ja ganz mickrig. (...) (Schnauben)
Da muss ich noch was dranbaun.
P.S.: Hmhm. Können auch, ich hab hier auch noch, also können auch noch en bisschen haben.
Frau B.: Och, ich nehm des da aus dem Fuß.
(Frau B., 4. Sitzung, S. 18, Z. 48-51, S. 19, Z. 1)

Die Brust könnte für das Versorgen des Kindes stehen. Und die Versorgung des Kindes im Mutterleib ist zu diesem Zeitpunkt möglicherweise beeinträchtigt, denn das Baby wächst nicht der Norm entsprechend. Dies könnte zwar auch andere Ursachen haben, wie beispielsweise eine chromosomale Abnormalität, aber Frau B. könnte das Gefühl haben, dass sie ihr Kind nicht ausreichend versorgen kann.

Zunächst wirkt es so, als wäre das kleine Bündel oder Baby in den Armen der Mutter gut gehalten, aber beim näheren Betrachten der Arme erscheint es so, als würden die Hände fehlen, die das Kind gut im Griff halten könnten. Insgesamt ist auffällig, dass Frau B. wesentliche Details wie Augen und Mund und auch die Hände weggelassen hat, die Füße aber ausgestaltet hat. Dass Frau B. Gesicht und Hände weggelassen hat aus dem Gefühl des Nicht-Könnens, lässt sich verneinen, da sie wie bereits benannt, die Füße im Detail gestaltet hat und auch die Bilder der vorangegangenen Stunden auf gestalterische Erfahrung schließen lassen. Das fehlen der Hände könnte darauf schließen lassen, dass Frau B. sich „handlungsunfähig“ fühlt, und dies in der Tonfigur unbewusst zum Ausdruck gebracht hat.

Das Tonobjekt wirkt zunächst in sich harmonisch und scheint eine Einheit zu bilden, d.h. die Mutter und das Kind sind eins, so wie sie auch aus einem Tonklumpen geformt wurden. Dieses Bild könnte einerseits den Eindruck von Geborgenheit und Sicherheit vermitteln, beispielsweise, dass sich die Mutter dem Kind zuwendet, es beschützt und hält. Andererseits wirkt die Gestaltung auch traurig, wie eine Pietà⁴⁵; die Figur blickt etwas vorgebeugt auf das Bündel in ihrer Hand, das ebenfalls wie die Mutter kein Gesicht hat. Es könnte auch etwas Lebloses sein, wie in ein Tuch gepackt. Darin könnte sich die Befürchtung oder sogar Angst zeigen, das Baby nicht „halten“ zu können. Die nicht vorhandenen oder nicht ausgeformten Hände würden

⁴⁵ **Pietà:** Die Pietà (italienisch: *Frömmigkeit, Mitleid*; auch: *Vesperbild*) ist in der bildenden Kunst die Darstellung Marias als Mater Dolorosa mit dem Leichnam des vom Kreuz abgenommenen Jesus Christus. Das Motiv ist in der Bildhauerkunst seit dem frühen 14. Jahrhundert gebräuchlich und wird von der älteren Forschung in Verbindung mit der Entstehung des Andachtsbildes gebracht. Der frömmigkeitsgeschichtliche

diese Sichtweise unterstützen. Das „Nicht-halten-Können“ des Babys beinhaltet die Gefahr des Todes des Kindes.

Die Sprache der Skulptur ist die Körperhaltung. Die sitzende, nach vorne gebeugte Körperhaltung erinnert neben der mütterlichen und/ oder trauernden Person an eine Person beim Toilettengang. Der Gang zur Toilette stellt den Abschluss des Verdauungsprozesses dar. Dies könnte nun bedeuten, dass Frau B. allmählich dem Abschluss des Schwangerschaftsprozesses, der Geburt entgegengeht. Etwas, das sich im Körper befindet, geht nun nach draußen. Es gibt auch Geburtshocker, die durch die Nutzung der natürlichen Schwerkraft den Geburtsprozess erleichtern können.

10.2.11 Fünfte und sechste Sitzung Frau B.: Bild 6 „Hände“, schwarze Pastellkreide und Kohle, 40 x 40 cm



Entstehungsprozess:

Dieses Bild im quadratischen Format (40 x 40 cm) entstand, nachdem Frau A. einige Skizzen anfertigte. Als Material wählte Frau B. schwarze Pastellkreide, Grafit und

Ursprung ist in der verstärkten Hinwendung zum erlösenden Leiden Christi am Kreuz und der compassio bzw. corredemptio seiner Mutter zu sehen. (<http://de.wikipedia.org/wiki/Pietà>)

Kohle. Mit den Skizzen war Frau B. sehr unzufrieden. Insbesondere gefielen ihr die Hände nicht. Sie haderte damit so sehr, dass sie mit der Gestaltung zunächst nicht weiterkam und die Kunsttherapeutin ihre eigenen Hände zum Abzeichnen quasi als Modell zur Verfügung stellte.

Bildbeschreibung:

Im Zentrum des Bildes ist ein schwangerer Bauch zu sehen, der auch die hellste Stelle des Bildes ist. Dieser Bauch scheint aus konzentrischen Kreisen zu bestehen, die nach außen hin gehend immer dunkler werden, wobei die rechte Seite (vom Betrachter aus links) neben den gewölbten Kreislinien noch Linien trägt, die zum Zentrum des Bauchs hinführen, die Schraffur ist hier gegenläufig. Der Bauch scheint im Gegensatz zu den vorherigen Bildern recht wenig ausgestaltet zu sein, so als sei er noch nicht ganz fertig. Er wird gehalten von einem Paar weiblicher Arme, die zu dem schwangeren Körper gehören. Die weiblichen Hände sind nicht zu sehen. Der Bauch und die dazugehörigen Arme werden wiederum von einem Paar männlicher Arme umfassen, die eine Armbehaarung aufweisen. Diese Haare stehen von den Armen ab und wirken dadurch stachelig. Die Männerhände sind in sich verschränkt und liegen direkt über den Händen der schwangeren Frau, so dass der schwangere Bauch doppelt gehalten wird, also von zwei Händepaaren. Die Finger der Hände sind intensiv ausgestaltet, wirken aber nicht ganz stimmig. Für die Haltung der Hände sind die Fingernägel der einen unteren Hand zu ansichtig, so dass nicht ganz klar ist, ob die Hand zum Mann oder zur Frau gehört. Der Bauchnabel erscheint für den Betrachter nach links unten versetzt.

Der Körper der schwangeren Frau ist nackt, die bloßen Brüste liegen etwas auf dem Bauchansatz auf. Unterhalb der linken Brust (vom Betrachter aus rechts) befindet sich eine geschwungene Linie, eine Hautfalte, die einem umgedrehten liegenden „S“ ähnelt. Unterhalb der rechten Brust (vom Betrachter aus links) ist ebenfalls eine etwas kleinere Hautfalte sichtbar. Die Brustwarzen und die Vorhöfe sind dunkel und markant gestaltet und erinnern an Spiralförmigkeiten. Am Brustansatz endet das Bild mit dem oberen Bildrand. Der untere Bildrand endet mit den männlichen Händen. Auf der unteren Bildhälfte sind fein ausgearbeitete Männerunterarme sehr deutlich zu sehen, die dazu gehörenden Oberarme sind allerdings durch die beiden äußeren Bildränder abgeschnitten, wobei ungefähr ein Zentimeter männlicher Oberarm noch am linken Blattrand zu sehen ist, rechts dagegen nicht. Der Übergang vom

weiblichen zum männlichen Oberarm auf der linken Seite ist intensiv dunkel gestaltet. Dies ist vermutlich die dunkelste Stelle des Bildes.

Auffällig ist außerdem eine halbkreisförmige Linie, die etwas unterhalb der Ellenbogenbeugen beginnt und sich bis fast zum oberen Bildrand hochzieht. Diese Linie war vom anfänglichen Vorzeichnen übriggeblieben, eine sogenannte Konstruktionslinie. Sie sollte die Bauchumrandung darstellen, die dann aber in der Proportion zu groß wurde, schließlich verworfen wurde aber immer noch durchscheint.

Der Hintergrund, der nur seitlich in der unteren Bildhälfte zu sehen ist, wirkt durch die verwischte Kohle hellgrau.

Dieses Bild hat eine Signatur mit dem Datum 29.12.

Vom Bildaufbau her ähnelt dieses Bild dem zweiten Bild. Das Bild stellt zwei Brüste und einen schwangeren Bauch dar.

10.2.12 Interpretation des Materials aus der fünften und sechsten Sitzung

Frau B. beginnt erst in der zweiten Hälfte der kunsttherapeutischen Sitzung mit einer Gestaltung zum Thema: „Was wünsche ich mir?“, nachdem sie sich in der ersten Hälfte der Stunde durch das Erzählen des zuvor Geschehenen entlastete. In dieser Therapiestunde spricht Frau B. direkt nach der Entspannungs- und Körperspürübung zunächst von einer anderen Patientin in einer ähnlichen Situation, die allerdings ihr Baby nun deutlich zu früh bekommen hat. Dieser Vorfall beschäftigte Frau B. sehr, so dass dies zum Thema wurde, bevor es zu einer Gestaltung kommt:

Während des Zeichnens erzählt Frau B. immer wieder, insbesondere drückt sie während des Zeichnens die Schwierigkeit aus, die Hände zu gestalten.

- Frau B.: (...) Was mich so beschäftigt hat die letzte Woche, war so eine, eine Frau, die hier (äh) liegt, die hat (em), die ist vier Tage nach uns'. Die hat (äh) jetzt vorgestern ihren Kaiserschnitt gekriegt.
- P.S.: Hmh'm.
- Frau B.: Also, die hat vier Tage nach uns Termin' mit halt auch nem ganz, kleinen Kindchen, ne'.
- P.S.: Hmhm'.
- Frau B.: Des is halt auch irgendwann dann nicht mehr gewachsen, und, die hat dann noch Bescheid sagen lassen, hat gesagt: Ohh, der kleine Spaghetti, also der Mann ist Italiener, (hehe') ha-se-gsat: Der kleine Spaghetti' hier', sie ist Türkin'. Und (ähm) wird halt geholt jetzt. Um zwölf. Die ham halt –
- P.S.: – Heute? –
- Frau B.: – ganz schlechte – nee, vorgestern war des.
- P.S.: Vorgestern, ja.
- Frau B.: – am siebenundzwanzigsten. Und (ähm) hat dann halt, also Kaiserschnitt gekriegt, um zwölf Uhr war der geplant, und hat dann (äh) (em) ähh(!) jaa(!). Um elf kam dann die Schwester und hat gesagt: Ahh', Frau B., ich soll Ihnen sagen, der kleine Spaghetti wird geholt jetzt sie ham halt son schlechtes CTG geschrieben mit Herztonabfall und,

(hhh) ich hab dann so gedacht: Naja gut. Ich hab dann halt nachgefragt auch, und sie sachte halt dann so, es warn halt in einer Stunde drei oder vier Wehen, -

P.S.: Hmhm'.

Frau B.: - und halt der Herztton ging halt auch runter'. Wobei, des hatten wir ja auch alles schon, ja'.

P.S.: Hmhm.

Frau B.: Wo ich frag: Wie sind da die Kriterien, also ich hab des ja nich gesehen, aber, ob der unten blieb, oder wie auch immer, dass sie sich dann da entschieden haben. Der is halt auch (äh) ganz wenig gewachsen in drei Wochen, die sie da is, und -

P.S.: Hm.

Frau B.: - (ähm) ja. Halt wir sind, morgen sinds acht Wochen, (hehe) die wir hier durchgehalten haben, und (äh) sie wächst halt schon'. Wächst halt langsam, oder - net langsamer, aber halt ihren, ihre vier Wochen, die holt sie net auf. Also, des is, bei der Durchblutung halt auch nich mehr, nich möglich, denk ich, aber (ff) Sie wächst halt weiter.

P.S.: Hmhm'.

Frau B.: Ja'. Und ich denk halt, da zählt auch jeder Tag'. Und (ähm) naja, und dann hab, wir ham halt so und gegenseitig immer en bisschen aufgebaut. Wir ham gesagt: Ohh, und des schaffen wer! Und wir wollen beide halt keinen Steinbock (he'he') (Lachen)

P.S.: (Lachen)

Frau B.: Ich hoff, Sie sind kein Steinbock'!

P.S.: Mhmh.

Frau B.: Und wir ham gsacht: Ohh, die sind so egoistisch! Also, ich glaub zwar jetzt nich an so Tageshoroskope, aber, ich denk so Charaktermerkmale, die stimmen schon oft (äh) mit den Sternzeichen überein. Und wir ham gesagt: Boah, die Steinböcke, die sind so sehr egoistisch, und machen halt oft was aus und (äh) gucken dann, was ihnen dann aber grad (em) in den Kram passt, und des is dann egal, was se vereinbart haben, die machen dann so ihr Ding'.

P.S.: Hmhm'.

Frau B.: Des is unser beider Erfahrung gewesen.

P.S.: Hmhm.

Frau B.: Da ham wer gesagt: Also, wir müssns noch bis zum einundzwanzigsten Januar' schaffen, weil dann geht der Wei- Wassermann los. Naja und dann war ich, ich hab halt dann gewartet, bis es ihr en bisschen besser ging, weil die sollte ne PDA kriegen und die hat bei ihr nich angeschlagen. Und die ham dann noch mal nachgespritzt, und dann mussten se ganz schnell noch ne Vollnarkose machen und die hat se halt net so gut vertragen.

P.S.: Hmhm'.

Frau B.: Und (äh) hat dann, also des Kind hatte en Schätzwicht laut Ultraschall von neunhundertfünfzig Gramm', und is jetzt geborn (ähm) mit acht - mit siebenhundertfünfneunzig. Also schon ganz klein, ne'. -

P.S.: - Schon deutlich weniger, ja. -

Frau B.: - Atmet aber selbst. Also, -

P.S.: Hmhm'.

Frau B.: - im Moment gehts ihm den Umständen entsprechend halt ganz gut. Und man muss halt abwarten, ne'. Wie sichs weiter entwickelt.

P.S.: Ja'.

Frau B.: Und, jetzt is se heut - geht sie des erste Mal rüber; jetzt heut Abend, wenn der Besuch weg ist, dann mal besuchen oder so mal nachfragen.

P.S.: Hm'. Ja'.

Frau B.: Und des war mir halt so die ganze Zeit auch, i hab so gedacht: Du meine Güte'. Jetzt ist der daa, ich mein, der is noch mal kleiner als, als Marie, oder schätz - schätzungsweise; und is noch mal en paar Tage zurück', aber (...) ich denk mal, des (äh) des is mir dann schon sehr nahe gegangen, ne'. So. Hab gedacht: Äh! Meine Güte! Hat er halt, hat halt nich länger ausgehalten.

P.S.: Hm'm.

Frau B.: Und, also, ich bin trotzdem ganz guter Dinge, dass wir des noch ne Weile schaffen, (...) (ähm) trotz allem'. (Ähe') Aber des is halt so', des is halt wieder jemand weniger, ne', der -

P.S.: - in so ner ähnlichen Situation is wie Sie.

Frau B.: Ja', ja. Genau. (...)

P.S.: Wo Sie sich auch was austauschen können -

Frau B.: - Ja, hm'hm. –
P.S.: - mit ähnlichen Sorgen und den – ja, soll kein –
Frau B.: - Ja. –
P.S.: - Steinbock werden und –
Frau B.: - Ja. (Lachen) –
P.S.: - und solche Sachen. -
Frau B.: - Genau'.
P.S.: - Was man sich wünscht für das Kind eben auch.
Frau B.: Ja', ja'. Hm'. Das is halt das, ds es schon noch en bisschen drin' bleibt, und dass es wächst und (hh) naja. Also und (e) sie hat schon en bisschen anders, andre (äh) andren Hintergrund noch. Aber halt auch Wehen gehabt und (ähm) halt auch sehr klein, und, (ähm) naja. Des sin halt so Sachen, wo ich gedacht hab: Ohh, kann schon schnell gehen, ne'. Des. Und dann halt immer mal wieder so des beschäftigen mit, mit (äh) jaa, dass halt die Ärzte doch eventuell en Kaiserschnitt machen müssen, wo ich mich halt ganz schwer' mit auseinandersetzen kann.“ (Frau B., 5. Sitzung, S. 3, Z. 44-51, S. 4, Z. 1-50, S. 5, Z. 1-50, S. 6, Z. 1-2)

Frau B. schildert in diesem Abschnitt ihre Betroffenheit über das Schicksal einer ihr bekannten Patientin. Durch die Frühgeburt der Mitpatientin wird die Möglichkeit einer Frühgeburt für Frau B. real und nicht mehr theoretisch. Frau B. hat in der anderen Patientin eine Mitstreiterin oder Leidensgenossin gefunden, und ihr Schicksal bewegt Frau B. emotional und aktualisiert schlummernde Ängste, obwohl sie versucht sich positiv zu bestärken:

„(...) ich denk mal, des (äh) des is mir dann schon sehr nahe gegangen, ne'. So. Hab gedacht: Äh! Meine Güte! Hat er halt, hat halt nich länger ausgehalten. (...) Und, also, ich bin trotzdem ganz guter Dinge, dass wir des noch ne Weile schaffen, (...) (ähm) trotz allem'. (Ähe') Aber des is halt so', des is halt wieder jemand weniger, ne', der -
P.S.: - in so ner ähnlichen Situation is wie Sie.
Frau B.: Ja', ja. Genau. (...)
(Frau B., 5. Sitzung, S. 5, Z. 26-34)

Durch die Mitpatientin wird Frau B. deutlich, dass ihre eigene Situation nicht kalkulierbar ist und sie plötzlich selbst mit einer Frühgeburt konfrontiert sein könnte. Zunächst formuliert sie, dass „halt wieder jemand weniger“ ist, der ihre Situation teilt und quasi auf der Strecke bleibt. Frau B. versucht sich selbst positiv zu bestärken („ich bin trotzdem ganz guter Dinge, dass wir des noch ne Weile schaffen, (...) (ähm) trotz allem“) aber im weiteren Verlauf der Therapiestunde wird die emotionale Betroffenheit recht deutlich:

Frau B.: Ich konnt gar nix anderes machen. Egal ob ich gegessen hab, dann hab ich mich da hingesetzt und hab gepuzzelt, weil ich gdat-ha: (Flüstern) Oahh! Du musst ma irgendwie, des aus dem Kopf kriegen. So, ne'. Weil des – ich hab da echt (äh) dä – des ging mir schon nach. Und die Schwester, die meinte, die kam dann en paar Mal gucken, sagt: Net, dass Sie hier en Depressiven kriegen'. (eh'he'he')
P.S.: Hm'.
Frau B.: Da sach ich: Nee. Ich hab mich da ja schon mit auseinandergesetzt, soweit's möglich ist, und was, dass es unter Umständen schnell gehen' kann', aber es ging mir schon arg nah.“
(Frau B., 5. Sitzung, S. 8, Z. 30-40)

Frau B.s Betroffenheit zeigt sich u.a. durch kreisende Gedanken, das Realisieren, dass es „unter Umständen schnell gehen kann“, dass Frau B. ihr Kind zu früh

bekommen könnte. Die Angst um das Kind, das zu diesem Zeitpunkt noch sehr klein ist, wird durch das Frühgeborene der anderen Patientin, das mit weniger als 800g zur Welt kam, angefacht:

„Das is halt das, ds es schon noch en bisschen drin' bleibt, und dass es wächst und (hh) naja. Also und (e) sie hat schon en bisschen anders, andre (äh) andren Hintergrund noch. Aber halt auch Wehen gehabt und (ähm) halt auch sehr klein, und, (ähm) naja. Des sin halt so Sachen, wo ich gedacht hab: Ohh, kann schon schnell gehen, ne' (Frau B., 5. Sitzung, S. 5, Z. 44-49)

Frau B. spricht in der vorangehenden Textstelle den Wunsch aus, dass das Kind noch „ein bisschen drin“ bleiben möge. Sie wird sich durch den Vorfall bewusst, dass es „schon schnell gehen kann“, dass ihre Situation keineswegs völlig sicher ist. Sie wünscht sich, dass das Kind noch im Bauch bleibt, zum einen, weil das momentane Gewicht des Kindes noch gering ist, zum anderen weil aus diesem Grund wahrscheinlich ein Kaiserschnitt gemacht würde, um das kleine Kind nicht durch die Geburt auf natürlichem Wege zu strapazieren. Frau B. kann sich nur schwer mit dem Gedanken an einen Kaiserschnitt anfreunden.

Auseinandersetzung mit der Geburt – Kaiserschnitt?

- Frau B.: Und dann halt immer mal wieder so des beschäftigen mit, mit (äh) jaa, dass halt die Ärzte doch eventuell en Kaiserschnitt machen müssen, wo ich mich halt ganz schwer' mit auseinandersetzen kann.
- P.S.: Hmhm'.
- Frau B.: Irgendwo'. Und (ähm) versuch ich halt schon, weil ich denk, weil halt je nachdem, wies halt wird'. Lieber drauf vorbereitet, als dass es dann halt schief geht, ne'.
- P.S.: Hmhm'.
- Frau B.: Jetzt, dass ich halt da bin; ich, ich – mir wird gesagt, wir machen das jetzt, und ich weiß überhaupt nix da drüber. Das find ich ganz schwierig.
- P.S.: Hmhm.
- Frau B.: Also dann lieber, lieber mal vorher Gedanken gemacht, die vielleicht, jaa, gar net notwendig sind, obwohls halt sch – schon von der, also von den Ärzten, aus ärztlicher Sicht, also schauts schon so aus, als wüds einer werden.
- P.S.: Hmhm.
- Frau B.: Einfach weil, weil se halt gucken, dass ses Optimale rausholen wollen.
- P.S.: Aber Ihr Wunsch is eigentlich en anderer. So. Sie würdens gerne –
- Frau B.: - Ich wüds gerne, ich hätt gern –
- P.S.: - ne normale Entbindung.
- Frau B.: Ja. Ob ich des aushalt nach so langer Liegezeit', weil so fit bin ich natürlich auch nich mehr' des weiß' ich nich'.
- P.S.: Hmhm'.
- Frau B.: Aber ich denk (äh) und des is halt, grad beim ersten Kind kanns halt schon lang dauern. Und des is halt schon Stress fürs Kind.
- P.S.: Hmhm.
- Frau B.: Und ich weiß net, ob sies aushalten würde. Des müsst mer halt dann sehn. Kaiserschnitt is halt schnell gemacht, ne'.
- P.S.: Hmhm.
- Frau B.: Ne', wenn man von vorneherein sacht, mer macht en Kaiserschnitt – wenn des jemand möchte, is es noch mal was anderes. Nur ich kanns mir halt schwer vorstellen, mir den Bauch aufschneiden zu lassen, ne'. –
- P.S.: Hmhm.
- Frau B.: - Allein der Eingriff, und dann des Kind da raus –
- P.S.: - Klingt fies.
- Frau B.: - holen so, des is so (...) des passt so nich zusammen für mich, ne'.

P.S.: Geburt, eigentliche Geburt –
 Frau B.: -Ja’.
 P.S.: - bedeutet für Sie was anderes, -
 Frau B.: - Ja.
 P.S.: - so. (...)
 Frau B.: Des gehört halt für mich dazu’, dass es wehtut und, dass es irgendwo ein langer Prozess is, auch fürs Kind. Denk ich mal.
 P.S.: Hmhm.
 Frau B.: Wärs halt sehr wichtig. Wenns des schaffen würde. Aber ich denk mal, wenn se klein is, und, und (äh) ohnehin schon schwächelt, mer muss halt wirklich abwarten, wies ihr geht, wenn se dann, wenn’s soweit is.
 P.S.: Hm’. Ja’.
 Frau B.: Und dann denk ich mir halt auch immer es sind so, so Sachen (hehe’) wo ich, wo ich mich halt schon versuch, damit auseinanderzusetzen. Jetzt weniger, weniger mit der spontanen Geburt, sondern ich würd mich halt gern erstmal auf den Kaiserschnitt vorbereiten, und dann, wenn man sieht im Verlauf – och, geht doch noch so und so lang, und des CTG bleibt vielleicht gut, und trotz, vielleicht Wehen bleibt der Herzton oben, dass mer dann sacht: Okay. Jetzt. – Vielleicht ist es ja doch möglich. Ne?
 P.S.: Hm. Hm.
 Frau B.: Aber, da, muss ich halt schon (hhh) jaaa. Und dann halt sowa- so ne Idee, dass ne PDA nich wirken könnte’ auf so was bin ich ja gar’ noch nich gekommen’. Also, dass es dann doch vielleicht ne Vollnarkose werden könnt’. Des kommt wohl sehr selten vor, ich hab mich da halt erkundigt, -
 P.S.: - Hm’.
 Frau B.: - aber, kann halt schon sein. Und des fänd ich halt ganz schrecklich,–
 P.S.: - Hmhm’.
 Frau B.: - wenn’s Kind weg is und mer wacht auf und weiß eigentlich gar nix und des (äh) is so was, des kann ich mir noch schwerer vorstellen.
 P.S.: Hmhm.
 Frau B.: Hmhm.
 P.S.: Also so der Kaiserschnitt an sich ist schon schwierig vorzustellen und dann auch noch die Vollnarkose eventuell is noch mal –
 Frau B.: - Ja. Also ich bin so zweigeteilt. –
 P.S.: - Ja. –
 Frau B.: - Ich seh halt so dieses: Vollnarkose gut, dann merk ich auch net, wie die da unten an mir rummachen, weil man merkt wohl schon en Druck. –
 P.S.: - Hmhm.
 Frau B.: - Bei dieser PDA auch. Selbst wenn die gut wirkt. Aber, mer hört’ ja alles, und man kriegt ja auch mit, dass die an einem rummachen.
 P.S.: Hmhm’.
 Frau B.: Und da hab ich halt schon Schwierigkeiten mit. Ne? Mit dieser Vorstellung. Und mer weiß ja’ das so im Geist schon, eija, jetzt schneiden se einem den Bauch auf. Und holen des Kind raus und –
 P.S.: Ja. Ja.
 Frau B.: - (ähm). Dieses Wissen, des is für mich ganz schwierig. Aber auf der anderen Seite halt gar nix mitzukriegen und dann irgendwann aufzuwachen und mer weiß nix! Ds – kann ich mir überhaupt(!) net vorstellen. (Thehe) Aber, da muss mer halt wirklich gucken.
 P.S.: Hm. Hm. Wie so ne Lücke dann, -
 Frau B.: - Fast. –
 P.S.: - die da entstanden ist.
 Frau B.: Ja’. Ja’. Ich würd halt dann auch wissen, was, wies ihr geht. Und ich (äh) denke so; ich hab dann gedacht: Oah, die Arme, die liegt jetzt da, die hat ihr Kind’ nie’ gesehen. Die – des is vorgestern gekommen, heut ist der neunundzwanzigste, heut wird se des erst Mal rübergehn, ne’.
 P.S.: Hmhm’. Hmhm’.
 Frau B.: Un hat ihr Würmle noch gar nie gesehn.
 (Frau B., 5+6. Sitzung, S. 5, Z. 49-50 bis S. 7, Z. 1-51)

Frau B. setzt sich konkret mit der bevorstehenden Entbindung auseinander, teilt ihren Wunsch nach einer spontanen Entbindung auf natürlichem Weg mit, benennt

aber auch die Argumente, die für einen Kaiserschnitt sprechen („ob ich des aushalt nach so langer Liegezeit, weil so fit bin ich natürlich auch nicht mehr“, „Aber ich denk (äh) und des is halt, grad beim ersten Kind kanns halt schon lang dauern. Und des is halt schon Stress fürs Kind.“ Und „ich weiß net, ob sies aushalten würde.“)

Es scheint so, als würde sich Frau B. durch die Auseinandersetzung mit dem Thema Geburt und wahrscheinlichem Kaiserschnitt auf die kommenden Ereignisse einstellen, um dann im tatsächlichen Fall damit gut umgehen zu können:

Frau B.: Und (ähm) versuch ich halt schon, weil ich denk, weil halt je nachdem, wies halt wird'. Lieber drauf vorbereitet, als dass es dann halt schief geht, ne'.

P.S.: Hmhm'.

Frau B.: Jetzt, dass ich halt da bin; ich, ich – mir wird gesagt, wir machen das jetzt, und ich weiß überhaupt nix da drüber. Das find ich ganz schwierig.

P.S.: Hmhm.

Frau B.: Also dann lieber, lieber mal vorher Gedanken gemacht, die vielleicht, jaa, gar net notwendig sind, obwohls halt sch – schon von der, also von den Ärzten, aus ärztlicher Sicht, also schauts schon so aus, als würds einer werden.
(Frau B., 5. Sitzung, S. 6, Z. 4-15)

In den vorangegangenen Textstellen beschreibt Frau B. ihre Strategie mit dem Schreck und der Angst umzugehen, nämlich die gedankliche Auseinandersetzung mit allen Eventualitäten, mit dem Für und Wider („Lieber drauf vorbereitet“, „lieber mal vorher Gedanken gemacht“, „wo ich halt schon versuch mich auseinanderzusetzen“). Diese Möglichkeit der Exploration und Entlastung durch das Aussprechen nutzt Frau B. immer wieder in den kunsttherapeutischen Sitzungen.

Der Bauch im Zentrum

Der Bauch befindet sich im Zentrum des Bildes, stellt die hellste Stelle im Bild dar und scheint in dieser Gestaltung eine große Bedeutung zu haben. Ebenfalls die fein ausgearbeiteten Hände, insbesondere die des Mannes. Dies könnte auf den Wunsch von Frau B. hindeuten, von ihrem Mann „gehalten“ zu werden, beziehungsweise gemeinsam mit ihrem Mann das Ungeborene halten zu können, möglicherweise noch länger im Bauch halten zu können.

Der gezeichnete Bauch erscheint dem Betrachter wie ein Luftballon, prall gefüllt, wie kurz vor dem Platzen. Dies könnte den Wunsch verdeutlichen, der Bauch möge noch sehr viel mehr wachsen und dementsprechend auch das Kind. Frau B.s momentane Lebenssituation ist von dem noch ungeborenen Kind und dem Wunsch, die Schwangerschaft noch halten zu können, eingenommen. Der Bauch, der für das Kind und die Schwangerschaft steht, befindet sich im Mittelpunkt, im Zentrum.

Frau B.: - Ach. Jaaa, ich jaa'! Ich stell mir des, also des gibt, ich stell mir des, ich hab mir des so als Foto irgendwie vorgestellt. Ja? So halt die Männerhände, die von hinten den Bauch so halten, und (ähm) die Hände, die Frauenhände dazu' und einfach dieser dicke Bauch. Ja?

P.S.: Hmhm'.

Frau B.: Der, der extrem da hoffentlich irgendwann mal doch noch extrem dicke Bauch'. Auf dass wir das noch so lang durchhalten'. Hm. Auch wenn jeder sagt, ich werd dicker'. (Hmhm'mh') (...)

P.S.: Auch so der Wunsch, dass da ein ganz dicker Bauch ist.

Frau B.: (Flüstern:) Ja. Ja! (Normal :) Ich hab neulich ne Frau gesehn, da drüben beim CTG, die war – hatte Zwillinge, und (hahh) sechsenddreißigste Woche oder so', und da wiegt ein Kind Schätzigewicht zweivier' und des andere zweifünf. Also en Mädchen und en Junge, und die war dick! (Flüstern:) Mein Gott, war die dick! (Normal:) Und die konnt auch net liegen, und dann sag ich: Oh, drehn Se sich doch mal auf die Seite. Da sacht se: Ohh! Dann kommt mir aber mein Frühstück' hoch'. (Hhhhh') Und da sach' ich': Ach so! Okay'! (Lachen) Naja', und ich dachte halt, sie denkt, die Knöpfe verrutschen oder so, aber (n) wenn man die Kinder hat, und die sind recht groß, dann verrutschen die ja net so schnell. Ich hab' gedacht', ich tu' ihr was Gutes' mit meiner Idee, aber – an so was hab ich natürlich nich gedacht!

P.S.: Hm.

Frau B.: Hhhhhe. Naja'. Und des sind so, da hat mer natürlich keine Vorstellung von. (...) (Malgeräusch) Wie sich des anfühlt. (...) (Malgeräusch) Und dann ha – bin ich rein gegangen, da sach ich: Boah! Des is ja en Bauch! Der is ja traumhaft! (...) (Malgeräusch)

P.S.: Das wär auch was, was Sie sich so wünschen, dass das auch noch soo –so ein bisschen zulegen–

Frau B.: - Em jaa. Ich mein, ich will jetzt net fett werden, aber irgendwie assoziiere ich dann ein Weiterkommen mit dem Dickwerden, ne'.

P.S.: Mhmm'.

Frau B.: Und des is ja so unser Ziel. Was wir, wa – was wir so verfolgen.

P.S.: Dass das Kleine wächst, -

Frau B.: Und - ja, genau.

P.S.: - und drin bleibt.

Frau B.: Ja, genau. (...) Dass es da bleiben kann.
(Frau B., 5. Sitzung, S. 20, Z. 34-51, S. 21, Z. 1-19)

Die Größe des Bauches stellt für Frau B. ein Vorankommen mit dem Ziel eines gesunden, ausgereiften Kindes dar („Ich mein, ich will jetzt net fett werden, aber irgendwie assoziiere ich dann ein Weiterkommen mit dem Dickwerden“). Der dicke Bauch, der für eine fortgeschrittene Schwangerschaft steht, versinnbildlicht quasi das Ziel und ist positiv besetzt („Des is ja en Bauch! Der is ja traumhaft“).

Hände – schwieriges Motiv

Im Zentrum des Bildes ist zwar der Bauch, im Gestaltungsprozess stehen aber die Hände eindeutig im Mittelpunkt. Dies ist auch deshalb interessant, weil die Hände bei der Tonarbeit aus der vorangegangenen Stunde auffällig fehlten, Frau B. lediglich Armstümpfe formte.

Frau B.: Wenn mer jetzt so' ne Hand liegen hat. Dann geht des hier so raus, dann kommt hier – Nee, ich hab diese Beule, des stimmt net. So muss des eher aussehen. (...) (Malgeräusch) Jetzt da ma en bisschen rumprobiern. (...) (Malgeräusch) So mein ich.

P.S.: Hm'hmm'.

Frau B.: (...) Eher. (...) Immer noch nich, aber (mh'mh'mh'!) Das is dann eher so' – na das stimmt auch noch nicht, aber (...) (Malgeräusch)

P.S.: Das sieht jetzt aus, dass es nich so stimmt, weil der Daumen im Verhältnis zu den Fingern etwas lang ist.

Frau B.: Nich - hmhm'.

P.S.: Also die Finger etwas kurz sind.

Frau B.: Wo is'n des falsch? Des geht hier geht's raus. An der Hand. Dann kommt da son grades Stück', dann kommt hier dieser Knochen', soo' und das obere Stück ist zu lang, ne?

P.S.: Hm'hm.

Frau B.: (...) Ja. (Malgeräusch) Müsst ich die jetzt länger machen. Aber dann passt's wieder nicht zum Arm. Aber gut. Des ist jetzt mal ums, ums probiert zu haben. (Malgeräusch) (...) (Räuspern) (...) Ich hätt mir das auch noch en bisschen runder gewünscht, so dass des mehr nach der Bauchform geht hier so. (Malgeräusch)

P.S.: Dass die Hand mehr –

Frau B.: - Hmhm. –

P.S.: - Dass das auch passt. -

Frau B.: - Von unten. Ja. Genau. (...) (Malgeräusch) (Murmeln:) Ich glaub, da muss ich (Schnaufen) (Malgeräusch) (Normal:) Ich glaub, ich muss auch mit den unteren Händen anfangen und dann die oberen machen. Weil - (...) (Malgeräusch) ich glaub, das ist dann leichter. (...) (Mhmhmhhh) So praktisch so' - (Malgeräusch) Ich schmier jetzt einfach mal drauflos. (Malgeräusch) (...) (ca. 1 min) Ich glaub, ich muss das jetzt umdrehn. (Hihihi!) Muss noch mal anfangen.

P.S.: Ich kann Ihnen gern noch ein neues Papier geben.

Frau B.: Och ich drehs einfach um. (Rascheln) Ich denk, des is okay. (...) (Malgeräusch) Des malt halt auf die Rückseite dann ab, ne'. Auf des Brett. Des is dann drauf. Des is halt blöd.

P.S.: Des is nich so schlimm, das Brett is (äh) kann man ja abwaschen, nur dann könnten Sie son bisschen schau'n, wo quasi die Stellen sind –

Frau B.: -Hm'. Stimmt. Ja'.

P.S.: Also, des ist kein Problem, wenn Sie noch ein neues Papier –

Frau B.: - Stimmt. Vielleicht doch nicht schlecht. –

P.S.: - Wenn ich das vielleicht hier so –

Frau B.: Ja. Genau. Ich überleg mir nur, ob ich wirklich diese Kreide nehm' -

P.S.: Ja'.

Frau B.: - oder ob ich wirklich erst ma zum Andeuten' –

P.S.: Ja?

Frau B.: (ähm) son (ähm) Buntstift nehmen soll.

P.S.: Ja'.

Frau B.: Weil der ist nich so intensiv.

P.S.: Hmhm'. (Rumpeln, Rascheln)

Frau B.: Da kann ich vielleicht son bisschen leichter aufdrücken', und also könnt ich (ähm) (...) und dann könnt ich des mit Kreide eventuell noch mal nach – (Klappern) nachmachen.

P.S.: Ja.

Frau B.: (...) (Flüstern:) Das is vielleicht das Beste. (...) (Rascheln) (Normal laut) Aber ich glaub nicht, dass ichs besser hinkrieg. (...) (Klappern) (Hm'hm') (Malgeräusch) (Flüstern:) Ja, danke.

P.S.: Da sind Sie sich nicht so sicher'.

Frau B.: Nein. Aber so hätt ich mir des vorgestellt so.
(Frau B., 5. Sitzung, S. 15, Z. 11-51, S. 16, Z. 1-17)

Die vorangegangenen Textstelle verdeutlicht Frau B.s Unsicherheit und ihr Bemühen während der Gestaltung der Hände und ihre Unzufriedenheit mit dem Ergebnis („des stimmt net. So muss des eher aussehen“, „Ich glaub, ich muss das jetzt umdrehn. (Hihihi!) Muss noch mal anfangen.“, „Aber ich glaub nicht, dass ichs besser hinkrieg“)

Frau B. scheint daran zu zweifeln, ein für sie zufriedenstellendes Ergebnis zu erlangen. Diese Unzufriedenheit und Unsicherheit im Gestaltungsprozess könnte man parallel zum innerpsychischen Prozess betrachten. Frau B. hat Schwierigkeiten, die Hände der schwangeren Frau aber auch die des Partners zu gestalten. Im Gespräch kam Frau B. immer wieder zu dem Wunsch zurück, die Schwangerschaft

noch eine Weile halten zu können, beziehungsweise eine tragende Partnerschaft zu haben, in der sie sich gehalten fühlt.

- Frau B.: Meine Güte', dass des so schwierig is, so ne Hand zu malen! Des hab ich gar nich gedacht! (...) (Malgeräusch)
- P.S.: Erstaunt Sie jetzt sehr.
- Frau B.: Ja des hab ich, also ich wusst, dass es schwierig sein wird, aber dass es so schwer ist, hab ich eigentlich net gedacht.
- P.S.: Mh'mh.
- Frau B.: Des von den Proportionen, da bin ich ganz schlecht. (Lachen) (...) (Malgeräusch) Und Hände sieht mer immer. Überall. Und, Hände sind was Tolles, deswegen ist es so schwer. (...) (Malgeräusch)
- P.S.: Also ich finds auch schwer Hände zu malen.
- Frau B.: Ja'. Is superschwierig. (...) (Malgeräusch)
- P.S.: Aber, sie sind ja sehr bedeutsam für das, was Sie ausdrücken möchten, deswegen müssen Sie eigentlich –
- Frau B.: - Ja, deswegen kann ich se net nur so schemenhaft malen. Weil da bin ich, dsso – (ä) ist dann auch nicht richtig. (Hmhh'hmhh')
- P.S.: Die müssen schon son bisschen (...) im –
- Frau B.: - Jaa –
- P.S.: - Detail auch zu sehen sein.
- Frau B.: Kann jetzt nich so ganz, (äh) abstrakt bleiben. (...) (Malgeräusch)
- P.S.: Sie sagen: „Hände sind was Tolles.“ Das ist auch etwas, was, was für Sie auch so ne Bedeutung hat. Hände. Jetzt (ähm) dieses Haltende, und –
- Frau B.: Ja'. (...) Eija, weil man macht alles mit den Händen. Ich hab mir irgendwann mal die Fingerkuppe an der Salatreibe gesteckt und dann hat ich meinen ganzen Daumen eingebunden. Und dann hab ich mal gemerkt, was ich, was ich mit meinen Händen alles mach, ja'. Eigentlich die ganze Zeit. Des is ja schon verrückt. Wo mer gar nich weiß, wozu mer die eigentlich – wenn mer sie nich hat, dann sieht mer erst mal, wo, was, was Hände bedeuten! Ja'.
- P.S.: Mh'.
- Frau B.: Oder ein Finger allein. Des unglaublich.
- P.S.: Wenn da mal was nich in Ordnung ist, dann –
- Frau B.: Ja'.
- P.S.: - wird's deutlich sozusagen. Was, was sie bedeuten.
- Frau B.: Hmhm. Aber so richtig. (Flüstern:) Ich glaub ich muss da unten anfangen mit dem Kleinen. Jetzt hab ich des auf der falschen Seite. (...) (Malgeräusch)
- P.S.: Und sie sind was, was man jeden Tag sieht, und trotzdem ist es so schwer –
- Frau B.: Mh!
- P.S.: - sie zu malen.
- Frau B.: (...) (Malgeräusch) (ca 1 min) Aber da auf jeden Fall scho besser. Als das letzte'. (Malgeräusch) Natürlich jetzt keine Männerhand' (mhhh'h'h) –
- P.S.: - Das stimmt.
- Frau B.: - Hier is noch ein bisschen kräftiger, aber des kann ich noch machen. (...) (Malgeräusch) Mach ich den Daumen da jetzt so drüber' oder lass ich das jetzt so. Kann mer des so machen? (...) Geht des darzustellen so? Soo?
- P.S.: Also so quasi'.
- Frau B.: Den hab ich da drunter'. Da hab ich die Finger drunter und den Daumen drüber. Doch des geht. Man kann sich schon so hinsetzen. Ich hab überlegt, ob es anatomisch geht, dass ich den Daumen unter dem hab, aber die Finger da drüber. Aber des geht. (Mhh')
- P.S.: So. Quasi so.
- Frau B.: Ja'. Ja, genau. (Lachen) Weil se so isses jetzt nun mal. Hm. (Räuspern) Also da passt noch irgendwas net. Vom Verhältnis stimmt da diese Länge nich. (...) (Malgeräusch) Aber da muss mer vielleicht noch en bisschen rumtütteln. (...) (Malgeräusch) Des is schon mal net schlecht. Der kleine und der Ringfinger sind okay und dann', dann wird's aber schon, scho wieder schwierig. (...) (Malgeräusch) Ganz gut, wenn der da drunter ist. (...) (Malgeräusch) Die Hand, dann brauch ich nur noch eine malen. (...) (Malgeräusch) (ca.1 min) Is aber besser mit dem Stift. Da kann mer feiner – das Ganze machen.“

In dieser Textsequenz wird die Bedeutung, die die Hände für Frau B. haben deutlich („Hände sind was Tolles, deswegen ist es so schwer“; „Wo mer gar nich weiß, wozu mer die eigentlich – wenn mer sie nich hat, dann sieht mer erst mal, wo, was, was Hände bedeuten!“). Frau B. verwendet viel Zeit und Überlegung darauf, die Hände ihrer Vorstellung nach zu zeichnen und im Zeichenprozess zu verändern. Sie verbalisiert ihre Verwunderung über die Schwierigkeit, die sie bei der Gestaltung hat („Meine Güte“, dass des so schwierig is, so ne Hand zu malen! Des hab ich gar nich gedacht!“; „Ja des hab ich, also ich wusst, dass es schwierig sein wird, aber dass es so schwer ist, hab ich eigentlich net gedacht.“). Diese Aussagen könnten auch parallel zur Schwangerschaft gesehen zutreffen, d.h. dass Frau B. auf der gestalterischen Ebene ausdrückt, dass der Prozess der Schwangerschaft, das Halten des Kindes im Bauch, schwieriger ist, als sie dachte.

Vom Partner gehalten werden

- Frau B.: (...) Ich denk auch die oberen Arme, die hätt ich gern unter Arme, oder eine Hand dass wir mit - dass ich noch mit festhal - gehalten werd.
- P.S.: Von, von dem –
- Frau B.: Ja!
- P.S.: Von Ihrem Freund.
- Frau B.: Ja'. (...) Wir liegen ganz oft so hier im Bett, wo, wo ich mir denk: Ahh, des is so – so fühl ich mich wohl! Also so hätt ich mir des – wünsch ich mir des. (...)
- P.S.: Auch dann mit dem, mit dem kleinen Mariechen.
- Frau B.: Ja genau. Mit dem Mariechen unten drunter. (...) (Rascheln) (...) (Malgeräusch) (ca. 1 min) Superschwierig aber.
- (Frau B., 5. Sitzung, S. 16, Z. 17-29)

Hier wird Frau Bs. Wunsch deutlich, selbst gehalten zu werden von ihrem Partner („dass ich noch mit festhal - gehalten wird“).

Der Wunsch auch selbst gehalten zu sein, könnte den Wunsch nach Halt und Sicherheit beschreiben, den Frau B. in ihrer momentanen Situation braucht. Durch die Schwangerschaft und die anschließende Fürsorge für das Kind, wird sich Frau B. zumindest für eine gewisse Zeit in größere wirtschaftliche und emotionale Abhängigkeit zu ihrem Freund begeben. Daraus könnte dieser Wunsch nach tragendem Halt, Verlässlichkeit und Sicherheit resultieren. Die momentane Situation durch zwei verschiedene Wohnungen in verschiedenen Städten, ein notwendiger Umzug, könnte zu einer gewissen Unsicherheit beitragen. Frau B. hat Schwierigkeiten bei der Gestaltung der Hände, besonders bei den Männerhänden, und sie verwendet viel Zeit darauf die Hände zu gestalten.

Frau B.: Ja, genau. (...) Dass es da bleiben kann. (...) (Malgeräusch) Also ich könnt da jetzt drei Stunden immer noch' an diesem, an diesem, da an dieser einen Hand' da rummalen. (...) (Malgeräusch) Mh.

P.S.: Können Sie ja auch tun.

Frau B.: (Mhhhhh) (...) (Malgeräusch) Ich kann aber nicht behaupten, dass es dadurch' besser' wird' (Lachen) Hm'. (...) (Malgeräusch) (Flüstern:) Gut. (Hhhh) (...) (Malgeräusch) (ca. 1 min)

P.S.: Einerseits ist es so der Wunsch (ähm) (...) gehalten zu werden, von Ihrem Freund?

Frau B.: Hm'm.

P.S.: (Ähm) Was nicht so ganz einfach ist jetzt, meinten Sie so' in der, in der Zukunft jetzt' auch durch das Berufliche?

Frau B.: Jaa. (...) (Malgeräusch) Ja, wobei, also da hab ich eigentlich wenig Bedenken, weil des ist halt ne Frage der Zeit, bis sich des - (ähm) bis sich des löst. Ne? Ich denk, wir wollen halt schon nachkommen, und (mh) und da nicht so ewig warten und alles Mögliche –

P.S.: - Hm'.

Frau B.: - also, man muss halt gucken, wie die Situation ist, was mit Mariechen ist, ob die okay ist, wenn sie rauskommt, (...) oder wie auch immer. Und dann (äh) werden wir, denk ich uns in der Zeit auf die Wohnungssuche machen und so. (Hm) Des wird sicherlich super anstrengend werden auch in der Phase'. Und dann son Umzug'. Mit Kind, des ist natürlich auch noch mal (hhh) sehr (äh) anspruchsvoll und anstrengend, (...) aber, ich denk, da ham mer schon ne gute Perspektive.

P.S.: Hmhm'.

Frau B.: Also da mach ich mir jetzt keine Gedanken. Und er ist ja auch schon viel da.

P.S.: Hm.

Frau B.: Fällt mir zwar immer schwer, wenn er weggeht, aber' weiß, er kommt ja wieder und kümmert sich schon. Sch – s ist halt für ihn auch, wenn er dann weiß, er muss weg, ist es halt immer blöd. (...) (Malgeräusch) Hm.

P.S.: Ja, also Thema „Halten“, „Gehalten werden“ –

Frau B.: - Hm'. –

P.S.: - dass Mariechen noch hält, -

Frau B.: - Hm'hm'. Hm' -

P.S.: - dass das noch gehalten wird' –

Frau B.: - Genau! (...) (Malgeräusch) (ca. 1 min)

P.S.: Und ne kräftige Männerhand, die auch was halten kann –

Frau B.: - Jaa, drum muss ich die jetzt etwas breiter

P.S.: - Hm'. –

Frau B.: - machen noch (He'he') Da'. Den Arm und die Hand noch ein bisschen dicker machen' (...) (Malgeräusch) Da müssen noch ein paar Haare dran auch. Da kommt dann am Ende (...) (Malgeräusch) Vor allem hat Johannes nicht so lange Finger. (Mhhhe'he') (...) Des kommt noch dazu'. (...) (Malgeräusch) Der hat eher Wurstfinger. (...) (Malgeräusch) (Mhhhe'he')

P.S.: So ganz liebevoll beschrieben.

Frau B.: Ja'. (...) (Malgeräusch) Naja, abers wird schon – besser. Jetzt werd ich meinen ersten Versuch' mal gucken' – (Rascheln) Mein ersten Versuch – Ja'! (Lachen) Oh ja. Naja, ist schon ein bisschen ein Unterschied'. Wenn' auch' – darf ich noch mal grad Ihre' - nur die da. Brauch ich. Das darf ich net dicker machen. (...) (Malgeräusch) Auf keinen Fall'. (...) (Malgeräusch) Sonst versau ich mir die ja jetzt wieder, weil des geht ja hier', auch wenn Johannes Hand dicker ist' - (...) (Malgeräusch) (Flüstern:) Na, da kann ich ja noch ein bisschen rum wischen. (...) (Malgeräusch) (ca. 1 min) Okay, alles klar. Danke.

(Frau B., 5. Sitzung, S. 21, Z. 19-51, S. 22, Z. 1-25)

Die Schwierigkeit bei der Gestaltung der Hände, insbesondere der Männerhände, könnte die Diskrepanz zwischen dem Wunsch gehalten zu werden und der tatsächlichen Situation stehen. Frau B. versucht innerhalb der Gestaltung ihren Wunsch nach Halt, Gehalten-werden und das Baby noch zu halten, Ausdruck zu verleihen.

P.S.: Ja, also Thema „Halten“, „Gehalten werden“ –
 Frau B.: - Hm'. (Zustimmung)
 P.S.: - dass Mariechen noch hält, -
 Frau B.: - Hm'hm'. Hm' (starke Zustimmung)
 P.S.: - dass das noch gehalten wird' –
 Frau B.: - Genau! (...) (Malgeräusch) (ca. 1 min)
 P.S.: Und ne kräftige Männerhand, die auch was halten kann –
 Frau B.: - Jaa, drum muss ich die jetzt etwas breiter
 P.S.: - Hm'. –
 Frau B.: - machen noch (He'he')
 (Frau B., 5. Sitzung, S. 22, Z. 1-10)

Dabei gelingt ihr aber kein sie zufriedenstellendes Ergebnis („Das darf ich net dicker machen. (...) Auf keinen Fall'. (...) (Malgeräusch) Sonst versau ich mir die ja jetzt wieder, weil des geht ja hier', auch wenn Johannes Hand dicker is' - (...) (Malgeräusch) (Flüstern:) Na, da kann ich ja noch en bisschen rum wischen.). Die Veränderung der Männerhand, quasi die Verbreiterung gefällt Frau B. nicht, sie hat Bedenken, sie könnte das Bild verschlechtern („Das darf ich net dicker machen. (...) (Malgeräusch) Auf keinen Fall'. (...) (Malgeräusch) Sonst versau ich mir die ja jetzt wieder, weil des geht ja hier', auch wenn Johannes Hand dicker is' - (...) (Malgeräusch) (Flüstern:) Na, da kann ich ja noch en bisschen rum wischen.). Die Männerarme wirken stark behaart, wie draufgesetzt oder draufgeklebt auf die Arme der Frau, wie ein Fremdkörper. Die Gestaltungsschwierigkeiten der Männerhand und der unnatürlich wirkende Arm könnten darauf hinweisen, dass das System Paar und Familie im Umbruch ist, sich neu finden und konstituieren muss und für Frau B. noch nicht zufrieden stellend ausgereift ist.

Andere Vorstellung – schwieriger als gedacht

Frau B.: (...) Na'ja. Also, zufrieden' bin' ich' nich', aber' gut' (Lachen) Des' is halt schwer'. S is auf jeden Fall besser' als der' erste' Versuch'. (...) (Malgeräusch)
 P.S.: Sie finden es auch ganz lustig, also.
 Frau B.: Also ich finds en bisschen gakelig'. (Lachen) Ich (Lachen) (ähm) Jetzt, wenn' ich da draus' ne Männerhand' machen wollte', tu ich mich' ganz schwer'! Weil die muss natürlich extrem viel breiter sein'. (Hm') Also, ich finds jetz nich tragisch, dass sie so aussieht'. Weil des is echt' schwierig'. (Chhhp) Hm. Aber (...) ich denk, mal, wenn ich da noch son bisschen dran rummal, dann isses so breit' (he'!), dann könnt's en Elefantenfuß sein. (mhhhh) (...) (Malgeräusch) Darf ich noch mal ganz schnell, wie des mit dem Handgelenk' aussieht? (...) Wenn schon, denn schon. Da geht des hier so rüber'. Ach so, des is dann so rum. (...) (Malgeräusch) Da (d) da hat mer komplett falsche Vorstellungen'. Eigentlich. (...) (Malgeräusch) Wie, wie das alles – also ich hätt gedacht, ich ha – hätt gedacht, man sieht des komplett andersrum. (...) (Malgeräusch) Aber klar'. Des geht ja hier', und dann setzt da der - die Elle an eigentlich. (...) (Malgeräusch)
 P.S.: So die Vorstellung davon ist ganz anders, is –
 Frau B.: - Is verkehrt rum! Ich mein man sieht se halt von oben auch immer anders, ne'. Und an andern (n) jetzt des zu sehen – Also ich hätte den Knochen zum Arm gemalt. Und nich, nich zur Hand' dazu. Wissen Sie, wie ich meine?
 P.S.: Den hier?
 Frau B.: Jaaa. Und den sieht mer aber, wenn Sie die Hand so schräg haben, den sieht man den Knochen, der der (äh) geht dann von der Hand über in den Arm. Irgendwie. Also des is nich – nich andersrum. (...) (Malgeräusch)
 P.S.: In der Vorstellung erscheint's so einfach, aber –
 Frau B.: - Hmhm'. –
 P.S.: - Aber im Machen, im Tun hats dann viele Tücken. -

Frau B.: - Ach. Jaaa, ich jaa'! Ich stell mir des, also des gibt, ich stell mir des, ich hab mir des so als Foto irgendwie vorgestellt. Ja? So halt die Männerhände, die von hinten den Bauch so halten, und (ähm) die Hände, die Frauenhände dazu' und einfach dieser dicke Bauch.
(Frau B., 5+6. Sitzung, S. 20, Z. 2-37)

Frau B. spricht in der vorangehenden Textstelle die Diskrepanz von ihrer Vorstellung und der tatsächlichen Umsetzung der Gestaltung der Hände an („da hat mer komplett falsche Vorstellungen'. Eigentlich.). Sie hatte ein klares Bild vor Augen („ich hab mir des so als Foto irgendwie vorgestellt“), das sie umsetzen wollte. Dabei ist sie aber auf viele Gestaltungsschwierigkeiten gestoßen, mit denen sie nicht gerechnet hatte.

Frau B.: Ja'. Okay. (...) (Malgeräusch) Naja. (...) (Malgeräusch) Mein Gott, ist des schwer'. (...) (Malgeräusch)
P.S.: Des erstaunt Sie jetzt auch, wie schwer das jetzt ist. So, die Vorstellung und dann -
Frau B.: - Hmhm'. Ja. -
P.S.: - wies in der Wirklichkeit -
Frau B.: - Ja. -
P.S.: - quasi ist.
Frau B.: Schon. (Hhhhh') Schon'. Also, ich hab mir das so plastisch vorgestellt einfach, ne' so'
P.S.: - Mhmh'. -
Frau B.: - also wies am Bild aussieht. Und jetzt bin ich schon' (...) Jaaa, ich bin jetzt net gefrustet, weil es is schon einfach schwer, (Malgeräusch) aber ich denk mal -
P.S.: - Aber so ganz zufrieden sind Sie auch nicht.
Frau B.: Nee, aber (äh) (de) es ist besser kann ichs nich'. (Lachen)
P.S.: Hm.
Frau B.: (Hhe') Ds is nach dem besten Wissen und Gewissen'.
(Frau B., 5+6. Sitzung, S. 26, Z. 32-41)

In der vorangestellten Textstelle wird deutlich, welche Schwierigkeiten die Umsetzung des inneren Bildes der Hände Frau B. bereitet („Mein Gott, ist des schwer“). Frau B. ist frustriert, was sie zunächst formulieren möchte, dann aber wieder zurücknimmt („Und jetzt bin ich schon' (...) Jaaa, ich bin jetzt net gefrustet, weil es is schon einfach schwer). Möglicherweise möchte sie die Frustration nicht empfinden und betrachtet dann rational die Schwierigkeit der Gestaltung. Sie sieht darin auch die Grenze ihrer Möglichkeiten („besser kann ichs nich'. (...) Ds is nach dem besten Wissen und Gewissen“).

P.S.: Ich hab so einen Gedankengang, des muss ja jetzt nich stimmen oder so, -
Frau B.: - Hmhm. Ja'. -
P.S.: - Ich würds nur gerne trotzdem sagen. (Äh) Was mir jetzt aufgefallen ist, könnte es auch sein, also (...) an dem Bild jetzt, (äh) die Vorstellung war schwierig, die Hand quasi umzusetzen, (...) -
Frau B.: - Hmhm'. -
P.S.: - (ähm) die Vorstellung umzusetzen, - Könnte es etwas, könnte es auch etwas zu tun haben quasi mit der Vorstellung auch Schwangerschaft' – dass man auch die Vorstellung Schwangerschaft, das ist ja auch so wie ne Schwangerschaft is und normal verläuft und wie schwierig es auch manchmal so sein kann', Und wirklich auch – ein Kind zur Welt zu bringen.
Frau B.: Also ich hab eigentlich gedacht: Könn't – Jaa, könnt schon drinstecken. Weil ich dacht eigentlich, ich bin sehr gut da drin, ne'.
P.S.: Mh'hm'.
Frau B.: So wie ich mir des vorstell' die Hand vorstellen kann' (ähm) hab ich mir eigentlich auch meine Schwangerschaft vorgestellt, ne'. Also jetzt in Gedanken und hab gedacht:

- Oah, des kann mer bestimmt ich hab mich darauf gefreut auch' (ähm) (...) hab gedacht: Oh, des muss was ganz Tolles sein, das zu erleben. Ja'. Ich erlebs jetzt net als was Nicht-Tolles. Aber ich hab mirs halt nich so kompliziert vorgestellt.
- P.S.: Ja'. Ja'.
- Frau B.: Dass es soo wird, hab ich jetzt net gedacht, was mich jetzt net abschreckt, noch mal an ne erneute Schwangerschaft zu denken. Ne'. Aber (ähm) ja, des is wohl wahr, des stimmt, des hat schon, hat schon was sehr sehr viel Paralleles, hmhm'. Stimmt'.
- P.S.: Hmhm'.
- Frau B.: (...) Also (äh) (...) so des dran denken, eigentlich was ganz einfaches und natürliches', ja' was, was die Hand ja auch is, die man zu allem braucht, und (äh) die immer da ist, und was macht und was hält, und (...) was, was selbstverständliches irgendwo' und (ähm) dann, ja, stimmt. Hm'.
- P.S.: Und das Tatsächliche hat dann seine Schwierigkeiten und Tücken.
- Frau B.: Ja'. Ja'.
- P.S.: Und das kann schwieriger sein als die Vorstellung so ja'.
- Frau B.: Ja'. Ja'. Mh'hm', stimmt'. (...) Hm. (...) Ja, da hab ich, hab ich soo da hab ich des jetzt nicht gesehen, aber es is (hhh) viel Wahres dran. Ja. Ganz viel parallel.
(Frau B., 5+6. Sitzung, S. 27, Z. 3-30)

An dieser Stelle der Stunde formuliert die Kunsttherapeutin eine Deutung, einen Zusammenhang von Gestaltungsprozess und dem Erleben der Schwangerschaft mit der Komplikation („wie schwierig es auch manchmal so sein kann', Und wirklich auch – ein Kind zur Welt zu bringen“). Frau B. bejaht dies („Jaa, könnt schon drinstecken. Weil ich dacht eigentlich, ich bin sehr gut da drin“, „So wie ich mir des vorstell' die Hand vorstellen kann' (ähm) hab ich mir eigentlich auch meine Schwangerschaft vorgestellt“). Frau B. hat auf der Gestaltungsebene ihren inneren Prozess verdeutlicht: Die Schwierigkeit der Umsetzung von Haltgebendem, einmal die Schwangerschaft zu halten oder die Schwangerschaft problemlos zu durchlaufen, zum anderen auf der Gestaltungsebene die Hände ihrer Vorstellung nach umzusetzen. Die Enttäuschung darüber, sowohl in Bezug auf die komplizierte Schwangerschaft als auch über die Schwierigkeit der Gestaltung, deutet Frau B. lediglich an. Es könnte sein, dass das Erleben dieser Enttäuschung zu diesem Zeitpunkt Frau B. eher destabilisieren würde.

Frau B. gebar in der darauf folgenden Woche (32. Schwangerschaftswoche) per Kaiserschnitt ein Mädchen mit 900g Geburtsgewicht. Das Kind war noch einige Zeit in der Kinderklinik, entwickelte sich motorisch etwas verzögert aber kognitiv völlig normal. Im Gespräch nach der Geburt schilderte Frau B., dass sie noch am Abend nach der letzten Kunsttherapiestunde mehrere Stunden an dem Bild weiterzeichnete, weil sie es fertig stellen wollte:

- Frau B.: Und dann hab ich gedacht: Okay, des war' – also ich glaub, ich hätt's hinterher nimmer fertig gemacht, wenns, wenns noch net fertig gewesen wär. Ich wollt dann so von dem Licht und Schatten noch was verändern, und da hatt ich eigentlich so' nimmer den Ansporn. Des einzige, was mich stört, is halt dieses, dieses Schwarze. Dieser Strich', den wollt ich noch wegmachen, jetzt hab ich en Radiergummi' –
- P.S.: - Jetzt oben' oder -

Frau B.: - dann, des Runde. Dieser Bauch, der zu hoch war.
P.S.: Ja. Ja. Ach ja. –
Frau B.: - Des Ganze –
P.S.: - Mit der Brust so, mhmh'.
Frau B.: Ja, genau. Und (ähm) (...) dann, also des wollt ich noch ändern. Und ansonsten lass ich des so, wies is, weil ich des – ja', ich find des auch wieder sehr bezeichnend, na', dieses Festhalten wollen' und prompt am nächsten Tag müssen sie sie dann rausholen'.
P.S.: Mhmh.
Frau B.: Weils halt nich mehr gegangen ist. (...)
(Frau B., 7. Sitzung, S. 2, Z. 20-37)

Frau B. formuliert die Vermutung, dass sie die Schwangerschaft noch halten wollte mit aller Kraft und Anstrengung und dies in dem Bild zum Ausdruck brachte, und am nächsten Tag das Baby zur Welt kommen musste, weil es unterversorgt war und die Herztöne schlecht waren. So als wäre dieses Bild eine Art letztes Aufbäumen gegen das, was passieren wird. Die betreuende Ärztin untersuchte die Plazenta nach der Geburt:

Frau B.: (...) Und (ähm) dann ham se die Plazenta' ist mittlerweile untersucht worden, die Frau Kalm meinte dann nur, die- der, dass diese Plazenta, die sie da rausgeholt hat, überhaupt en Kind ernähren konnt, wundert sie. Die (äh) war farblich' und von der Konsistenz (em) also Matsch. Und auch (äh) also von der Farbe her nich normal'. Die Nabelschnur war nur halb so dick, wie normalerweise' bei' Kindern, -
P.S.: - Mhmh, mhmh mhmh. -
Frau B.: - und (ähm) da sacht se: Also ich denk, die hat sich wirklich die des Maximum rausgeholt, ne', die Kleine. Und des ging halt jetzt nich mehr. Und es warn wohl irgendwelche Entzündungsherde da schon drin', in der –
P.S.: - In der Plazenta'. –
Frau B.: - in – ja. Und des (äh) da, wo se angewachsen war' an der Gebärmutterwand, die war auch so wie aufgeweicht. Also, des warn so grau-gelbliche Herde', und dann war ein schwammiges, ei des klingt furchtbar (!), ein schwammiges braunrotes (äh) Gewächs da' dran', -
P.S.: - Mhmh'. -
Frau B.: - und es sieht so aus, als haben sich irgendwelche Zotten, die sich im Embryonalstadium bilden, nich entwickelt.
P.S.: Hmhm.
Frau B.: Die sind so geblieben. In diesem Zustand.
P.S.: Hmhm.
Frau B.: Und ham natürlich dann auch keine Funktion gehabt, des war halt des, was man wahrscheinlich da gesehen' hat auch –
P.S.: - Hmhm. –
Frau B.: - Und (...) da denk ich, des war wahrscheinlich auch der Ursprung von dieser ersten Geschichte. Des wird mer nie mehr, also es is nix Böartiges oder was, aber es is halt einfach eine super' schlecht oder falsch entwickelte Plazenta.
(Frau B., 7. Sitzung, S. 3, Z. 51, S. 4, Z. 1-29)

Durch die Aussage der Ärztin, dass dies keine normal entwickelte Plazenta sei, und dass sie „überhaupt ein Kind ernähren konnt(e)“, kann Frau B. die Frühgeburt immer noch als das bestmögliche „Ergebnis“ betrachten („Also ich denk, die hat sich wirklich die des Maximum rausgeholt, ne', die Kleine. Und des ging halt jetzt nich mehr“).

Insgesamt hat Frau B. acht Wochen in der Klinik gelegen und die Schwangerschaft halten können, so dass das Mädchen lebensfähig wurde. In dieser Zeit konnte Frau

B. sich stimmungsmäßig immer wieder gut stabilisieren trotz herber Rückschläge wie starker Blutungen, Verdacht auf eine Behinderung. Ein Zitat über den Ausspruch einer Hebamme aus dem Therapietranskript:

„Frau B.: (...)hab ganz viel positives Feedback von den Hebammen auch gekriegt, die ham gesagt: Frau B., Sie werden in die Geschichte eingehen hier. (Hhh') Mit zwei Monaten, und immer , ein Lächeln auf den Lippen'.“
(Frau B., 7. Sitzung, S. 9, Z. 28-32)

Mit Sicherheit ist dies Frau B.s optimistischem Gemüt zuzuschreiben, aber die Kunsttherapie könnte ihr geholfen haben, die Belastungen besser durchzustehen durch die Entlastung durchs Reden und den gestalterischen Ausdruck.

10.2.13 Zusammenfassung des zweiten Falles (Frau B.)

Die ersten Sitzungen mit Frau B. gestalteten sich im Sinne einer Krisenintervention, d.h. Frau B. nutzte zunächst das Angebot der Entspannung durch Atem- und Spürübungen und entlastete sich anschließend im Gespräch. Im weiteren Verlauf kristallisieren sich auch in diesem Fall (ähnlich dem ersten Fall) vorherrschende Themen im Verlauf des kunsttherapeutischen Prozesses wie ein „Roter Faden“ heraus. Frau B. gestaltete drei Bilder, die im weiteren Sinne den schwangeren Bauch oder die Innenansicht davon darstellen, und eine Tonfigur, die etwas in Händen, bzw. im Arm hält. Das Thema „schwangerer Bauch“ und „Halten“ gipfelte schließlich in der letzten Zeichnung, für die Frau B. viel Zeit und Mühe verwendete, die haltenden Hände zu gestalten. Die beiden ersten „Bauchbilder“ enthalten noch keine Hände, die Tonfigur besitzt lediglich Armstümpfe, also auffällig fehlende Hände. So ließe sich sagen, dass das Thema „Halten“ sich im Verlauf der Kunsttherapie konkretisiert. Während der Therapiestunden nutzt Frau B. auch ausgiebig die Möglichkeit der Entlastung und Klärung durch das Reden. Während dieser Selbstexploration arbeitet Frau B. an Themen wie Veränderung der Partnerschaft durch das werdende Kind, Konflikte von Autonomie und Abhängigkeit, die sich in mehreren Bereichen zeigen, so auch in der Partnerschaft aber auch aktuell im Klinikalltag. Frau B. wägt immer wieder ab, beleuchtet das Pro und Kontra beispielsweise einer Fruchtwasseruntersuchung, die ihr durch die Ärzteschaft aufgrund einer Verdachtsdiagnose einer chromosomalen Abnormalität empfohlen wurde, gegen die sie sich nach reiflicher Überlegung entscheidet. Dieses Abwägen und genaue Überlegen spiegelt sich im ersten Gestaltungsprozess zum „Blinden Kritzel“ wider, währenddessen Frau B. alle Seiten des Bildes genau anschaut und sich für keine Perspektive entscheiden kann, weil jede Ansicht für einen anderen Aspekt der

Situation steht. Das vierte Bild „Gegen den Strom“ stellt das Ringen um den eigenen Weg bildlich dar.

Frau B. erlebt während des Gestaltens, das sie über die Stunde hinaus fortsetzt, öfters eine Art Flow, währenddessen sie kaum Hunger verspürt und die Zeit um sich herum vergisst. Frau B. bevorzugt es sogar, die Gestaltung ohne den zeitlich gesetzten Rahmen der Stunde umzusetzen, und den Kontakt in der Stunde eher für das Gespräch über das Entstandene zu nutzen. Dabei betrachtet sie das Ergebnis mit Distanz und reflektiert sich selbst.

Das Durcharbeiten unterschiedlicher Konflikte und Ängste (z.B. Partnerschaft, Entscheidung über Fruchtwasseruntersuchung, Mündigkeit im Klinikalltag, mögliche Frühgeburt) stärkte Frau B. in ihren Entscheidungen und Haltungen, so dass sie selbst nach der schließlich doch zu früh eingetretenen Geburt in einem abschließenden Gespräch einigermaßen kraftvoll und zuversichtlich erschien.

11 Darstellung der Ergebnisse der Testauswertungen und Fragebögen

Die beiden beschriebenen Fälle wurden durch zwei Testverfahren evaluiert: dem VEV Test (Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens von Zielke und Kopf-Mehnert 1978), der am Ende der Therapie ausgefüllt wurde, dem so genannten KASSL-Test (Kieler Änderungssensitive Symptomliste zur Statusdiagnostik von Zielke 1979), der sowohl zu Beginn als auch am Ende der Therapie durchgeführt wurde. Außerdem wurden nach jeder Therapieeinheit sowohl ein Klienten-Erfahrungsbogen als auch ein Therapeutinnen-Fragebogen ausgefüllt, um die Wahrnehmung über den Verlauf der Therapiestunde hinsichtlich der Beziehung zwischen Patientin und Therapeutin und der Produktivität der Stunde zu dokumentieren. Im Folgenden werden die einzelnen Test- und Fragebögen ausgewertet.

11.1 Testauswertung Frau A.:

Frau A. hat einen VEV-Test und zwei KASSL-Tests durchgeführt und neun Klientinnen-Fragebögen ausgefüllt.

Der **Veränderungsfragebogen des Erleben und Verhaltens (VEV)** wurde entwickelt, um Stärke und Richtung von Veränderungen im Erleben und Verhalten von Klienten nach Beendigung einer klientenzentrierten Psychotherapie zu erfassen, wird aber umfassender auch im Rahmen der Erfolgskontrolle von Psychotherapie anderer Ausrichtungen angewandt. Der VEV erfasst einen bipolaren Veränderungsfaktor des Erlebens und Verhaltens mit den Polen Entspannung/Gelassenheit/Optimismus und Spannung/Unsicherheit/Pessimismus. Für 42 Erlebens- und Verhaltensweisen wird die Veränderung, vor allem durch eine Behandlung, direkt eingeschätzt. Die Items, von denen 28 positiv und 14 negativ formuliert sind, sind als Veränderungen (besser/schlechter geworden) direkt formuliert. Damit werden bestimmte statistische Probleme der Prä-Post-Differenzen als Veränderungsmaße vermieden. Die Beurteilung erfolgt anhand einer siebenstufigen Skala, die die Änderung in der formulierten Richtung und in der Gegenrichtung je dreistufig umfaßt und als Indifferenzpunkt "keine Änderung" zur Auswahl gibt (Grawe/ Caspar/ Ambühl 1990; Zielke/ Kopf-Mehnert 1978). Der **KASSL-Test** wird angewendet bei Psychotherapiepatienten ab 16 Jahren bei Indikationsentscheidungen und zur Therapiezielevaluation.

Die differenziell prognostisch validen Skalen der KASSL (Soziale Kontaktstörungen, Verstimmungsstörungen, Berufsschwierigkeiten, Konzentrations- und Leistungsstörungen, Symptombelastung und Änderungssensitivität) enthalten therapienahe Informationen, die eine objektive Entscheidungsgrundlage bei selektiven Indikationsentscheidungen für die therapeutische Praxis darstellen. Der KASSL-Test wird seit 1979 angewendet (Zielke 1979, Zielke/ Kopf-Mehnert 1978).

11.1.1 Auswertung VEV-Test (Frau A.)

Bei der Auswertung des VEV-Test ergibt sich ein Gesamtwert von 237 Punkten. Bei einem Punktwert unter 149 Punkten wäre eine negative Veränderung im Erleben und Verhalten eingetreten, ab einem Punktwert von über 187 ist eine positive Veränderung im Erleben und Verhalten festzustellen. Dies bedeutet, dass bei Frau A. eine eindeutig positive Veränderung im Erleben und Verhalten stattgefunden hat. Der p-Wert (Signifikanzniveau) von unter 0,1% bestätigt eine signifikante Veränderung.

11.1.2 Auswertung KASSL-Test (Frau A.)

Bei den beiden KASSL-Testungen (als Eingangsuntersuchung und Katamnese) ergaben sich bei Frau A. folgende Werte hinsichtlich der untersuchten Items: Soziale Kontaktstörung (SK) , Verstimmungen (Ve), Berufsschwierigkeiten (Be), Konzentrations- und Leistungsstörungen (KL), Symptombelastung (Sb):

	Erste Testung (Standard-T-Wert)	Zweite Testung (Standard-T-Wert)
Symptombelastung (Sb)	40	44
Soziale Kontaktstörung (SK)	43	55
Verstimmungsstörungen (Ve)	42	33
Berufsschwierigkeiten (Be)	45	45
Konzentrations- und Leistungsstörungen (KL),	43	50

Ab einem Wert von 38 (Standard-T-Wert) liegt eine deutliche Belastung vor. Es ist auffällig, dass sich der Wert der Verstimmungsstörungen um 9 Punkte senkte, was

eine klare Verringerung der erlebten Belastung hinsichtlich Verstimmungen bedeutet bis unter den Schwellenwert von 38 (Standard-T-Wert).

11.2 Testauswertung Frau B.:

Frau B. hat einen VEV-Test und zwei KASSL-Tests durchgeführt und fünf Klientinnen-Fragebögen ausgefüllt.

11.2.1 Auswertung VEV-Test (Frau B.)

Bei der Auswertung des VEV-Tests ergibt sich ein Gesamtwert von 250 Punkten. Bei einem Punktwert unter 149 Punkten wäre eine negative Veränderung im Erleben und Verhalten eingetreten, ab einem Punktwert von über 187 ist eine positive Veränderung im Erleben und Verhalten festzustellen. Dies bedeutet, dass bei Frau B. eine eindeutig positive Veränderung im Erleben und Verhalten stattgefunden hat. Der p-Wert (Signifikanzniveau) von unter 0,1% bestätigt eine signifikante Veränderung.

11.2.2 Auswertung KASSL-Test (Frau B.)

Bei den beiden KASSL-Testungen (als Eingangsuntersuchung und Katamnese) ergaben sich bei Frau B. folgende Werte hinsichtlich der untersuchten Items: Soziale Kontaktstörung (SK) , Verstimmungen (Ve), Berufsschwierigkeiten (Be), Konzentrations- und Leistungsstörungen (KL), Symptombelastung (Sb):

	Erste Testung (Standard-T-Wert)	Zweite Testung (Standard-T-Wert)
Symptombelastung (Sb)	28	33
Soziale Kontaktstörung (SK)	36	36
Verstimmungsstörungen (Ve)	33	38
Berufsschwierigkeiten (Be)	37	37
Konzentrations- und Leistungsstörungen (KL),	37	37

Ab einen Wert von 38 (Standard-T-Wert) liegt eine deutliche Belastung vor, das bedeutet, dass Frau B. unterhalb dieser Grenze liegt, beziehungsweise sie sich wenig belastet erlebt oder sich als belastbar darstellt. Es ist auffällig, dass sich der

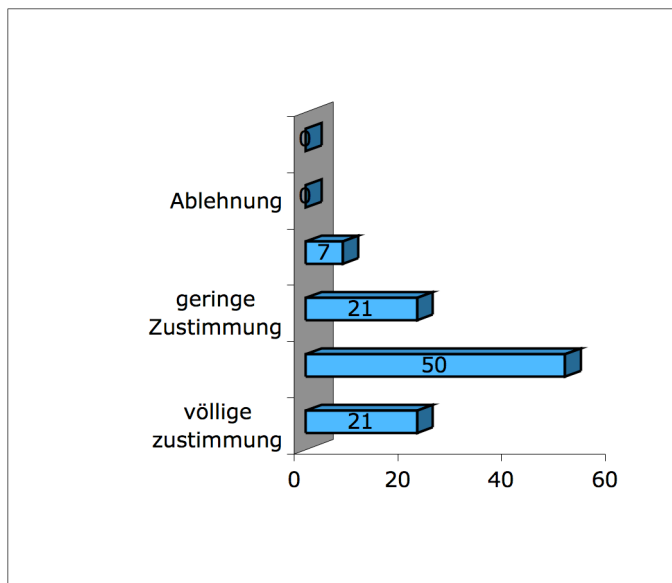
Wert der Verstimmungsstörungen um 5 Punkte erhöhte. Dies lässt sich dadurch erklären, dass Frau B. bei der ersten Testung kein Symptom angekreuzt hatte. Bei der zweiten Testung markierte sie den Punkt: „Gefühl, den Alltagsanforderungen nicht gewachsen zu sein“. Dieses Gefühl der Belastung könnte aus der langen Zeit des Klinikaufenthaltes und durch das Gefühl von Abhängigkeit und Ohnmacht resultieren. Hieran wird deutlich, dass die Interpretation der Testergebnisse nicht ohne weitere Informationen durch zusätzliches Material wie beispielsweise die aufgezeichneten Audioaufnahmen der therapeutischen Sitzungen auskommt, um zu einer insgesamt stimmigen Interpretation zu gelangen.

11.3 Auswertung Klientinnen-Fragebögen

Die folgende Darstellung von Diagrammen umfasst Antworten beider Patientinnen in Bezug auf die in den Überschriften festgehaltenen Fragestellungen.

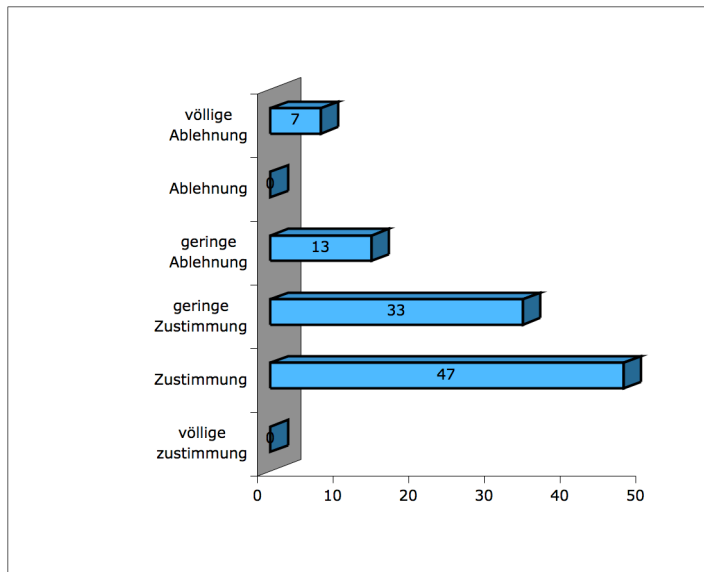
Die Fragebögen wurden im direkten Anschluss an die Stunde von den Patientinnen ausgefüllt.

Während der Stunde fühlte ich mich körperlich entspannt



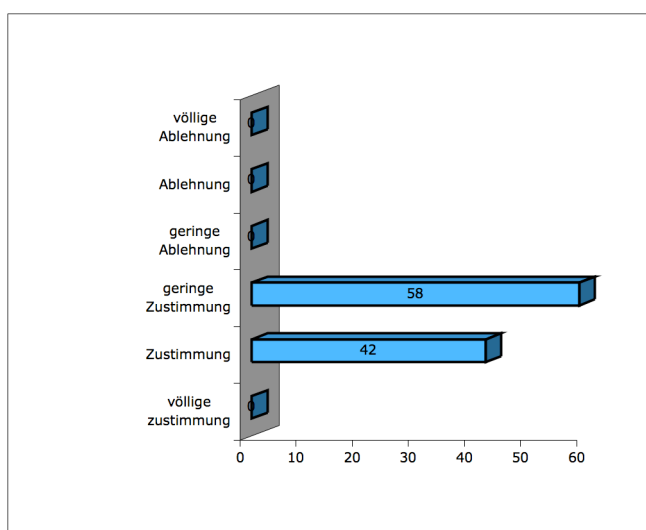
Das Diagramm zeigt eine überwiegend positive Antwort (50% Zustimmung und je 21% geringe und völlige Zustimmung) auf die Frage nach dem Empfinden körperlicher Entspannung während der kunsttherapeutischen Sitzung. 7% der Antworten wurden mit geringer Ablehnung angekreuzt. Beide Patientinnen geben demnach an, sich während den kunsttherapeutischen Sitzungen körperlich überwiegend entspannt zu fühlen. Die geringe Prozentzahl an Ablehnung könnte sich durch die anfänglich ungewohnte Situation in einem therapeutischen Setting erklären lassen oder auch durch die Auseinandersetzung mit belastenden Themen, wie bei Frau B. der noch sehr unsichere Fortgang der Schwangerschaft.

Nach der heutigen Stunde bin ich innerlich irgendwie ruhiger geworden



77% der Antworten auf die Frage nach dem subjektiven Empfinden von innerer Ruhe nach den kunsttherapeutischen Sitzungen wurden mit Zustimmung beantwortet und 20% mit Ablehnung. Die Ablehnung könnte bei Frau A. auf der Aufdeckung und Bearbeitung der als traumatisch erlebten Fehlgeburt beruhen.

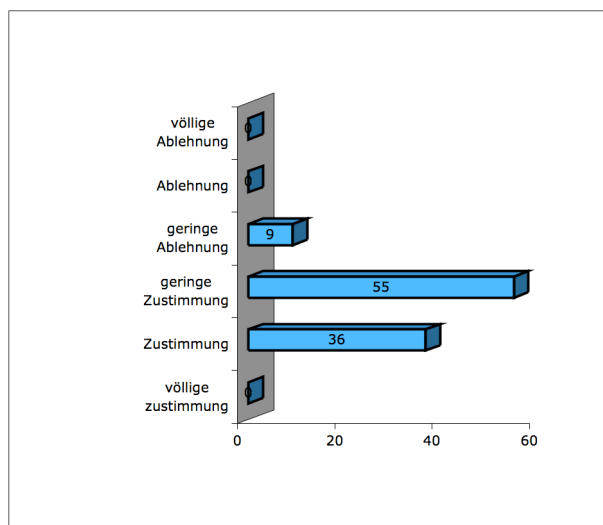
Die Möglichkeit, mich nicht-sprachlich auszudrücken, hat mich weitergebracht



100% der Antworten auf die Frage nach dem subjektiv Erlebten „Vorankommen“ bezüglich der persönlichen Problematik durch die gestalterische Tätigkeit als Ausdrucksmedium wurden mit Zustimmung beantwortet, davon 58% mit geringer

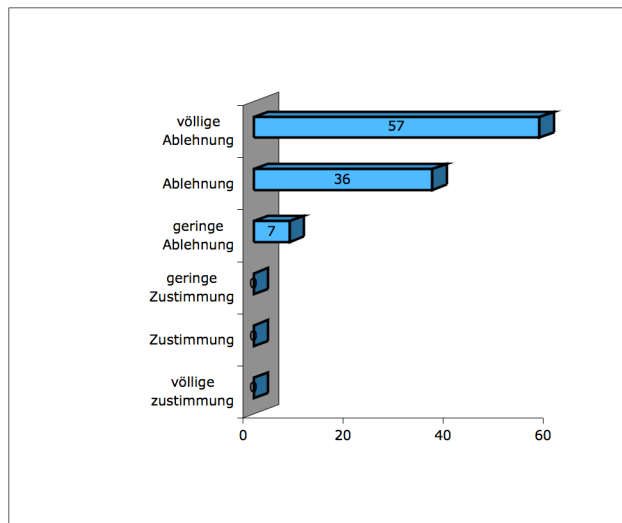
Zustimmung und 42% mit Zustimmung. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass beide Patientinnen einen Zugang zum Gestalten gefunden haben und diese Ausdrucksmöglichkeit für sich nutzen können, beispielsweise im Sinne von Selbstexploration, Selbsterfahrung und Entlastung von Emotionen (Katharsis) oder auch zur Entspannung.

Nach dieser Stunde bin ich eigentlich optimistischer was die Lösung meiner Probleme angeht



9% der Antworten auf die Frage nach einer optimistischeren Einstellung bezüglich der eigenen Probleme wurden mit geringer Ablehnung beantwortet, dagegen 91% der Antworten mit Zustimmung (55% mit geringer Zustimmung, 36% mit Zustimmung). Es zeigt sich, dass die Patientinnen durch die Kunsttherapie einen Zuwachs an Optimismus erlangen konnten, was einen Zuwachs an Wohlbefinden mit sich bringt.

Nach dieser Sitzung fühle ich mich belasteter, als in den Stunden davor



100% der Antworten auf die Frage nach einer subjektiv stärker erlebten Belastung nach der Kunsttherapie wurden mit Ablehnung bewertet (57% mit völliger Ablehnung, 36% mit Ablehnung und 7% mit geringer Ablehnung). Dieses Ergebnis zeigt, dass sich die Patientinnen durch die Kunsttherapie nicht zusätzlich noch belastet gefühlt haben, d.h. die behandelten psychischen Inhalte integrierbar und verarbeitbar waren. Abschließend möchte ich an dieser Stelle noch einschränkend bemerken, dass die beiden Patientinnen sich freiwillig für das kunsttherapeutische Angebot und auch für das Ausfüllen der Fragebögen entschieden haben, was eine positive Bewertung wahrscheinlicher macht. . Die Ergebnisse geben lediglich eine Tendenz wieder, zumal es eine kleine Auswertung von nur zwei Fällen bedeutet.

11.4 Auswertung Expertinneninterviews

Für die Auswertung der Expertinneninterviews wurden die Transkriptionen zunächst als Ganzes gelesen im Sinne eines „allgemeinen Materialdurchgangs“ oder Überblicks. Im Anschluss daran wurden die Stellen markiert, die Bezüge zum Forschungsfokus aufwiesen. Da die Kategoriebildung bereits in der Auswertung der Therapiestudententranskriptionen und Bildanalysen geschehen ist, wurden die Informationen aus den Expertinneninterviews als zusätzliche Sichtweise hinzugezogen. Das Material ist demnach noch nicht in vollem Umfang ausgeschöpft. Die Interviews mit den Leitfragen sind im Anhang nachzulesen.

Fazit

Inhaltliches Resümee

In der vorliegenden Untersuchung wird der noch weitgehend unerforschte Bereich der Kunsttherapie mit Risikoschwangeren beleuchtet. Hierfür wurde zunächst das Tätigkeitsfeld beschrieben, der Bedarf und die Notwendigkeit eines solchen Angebotes festgestellt. In einem weiteren Schritt wurden kunstpädagogische Konzepte, die sich im Grenzbereich zwischen Kunstpädagogik und Kunsttherapie verorten, mit der Kunsttherapie für Risikoschwangere verglichen, so dass ein eigenständiges Konzept für diesen Bereich in Verbindung mit kunstpädagogischer Forschung entwickelt wurde. Anhand zweier Fallstudien, die jeweils aus mehreren Therapieeinheiten bestehen (1. Fall Frau A. mit 9 Stunden, 2. Fall Frau B. mit 7 Stunden) und die durch Bildanalyse und Textanalyse im Detail sequenzanalytisch interpretiert wurden, werden nun Verbindungen und Grundzüge extrahiert und in abstrakterer Form mit dem Ziel der Exemplarik dargestellt. Die Grundlagen bilden hierfür die zu Beginn formulierten Forschungsfragen (S. 5, Forschungsprogramm und Forschungsfragen).

- Zuerst werden Grundzüge und übergeordnete Strukturen aus den beiden Fällen herausgehoben.
- Dabei werden die Ergebnisse mit aktueller Literatur verknüpft.
- Außerdem werden Schlussfolgerungen dargestellt, die für die kunsttherapeutische Arbeit in der Frauenklinik relevant sein können.
- Die verwendeten Verfahren und Forschungsmethoden werden reflektiert und weiterer Forschungsbedarf erläutert.

Bislang gibt es nur vereinzelt Arbeiten, die sich mit den Wirkungsweisen der Kunsttherapie befassen (siehe Plecity 2006, Reynolds 2006, Henn/ Gruber (Hg.) 2004, Born 2002). Frühere Veröffentlichungen beschränken sich meist auf Fallberichte mit einer Bildbetrachtung.

11.5 Analyseergebnisse im Vergleich

Durch die hier angewendete empirisch-qualitative Methode der Fallanalyse anhand von Audioaufzeichnungen und den entstandenen Gestaltungen zweier Kunsttherapiefälle konnten sehr detaillierte, am Erleben der Frauen orientierte Aussagen gefunden werden. Die Interpretation der Ergebnisse zeigt, dass die

Aussagen Ähnlichkeiten in Bezug auf spezifische Erlebnisbereiche aufweisen: emotionale Stabilisierung und Entspannung, Entlastung durch bildnerischen Ausdruck und verbale Selbstexploration von Emotionen, Selbstwahrnehmung und Selbsterkenntnis, Ich-Aktivierung, , Ich-Stärkung, Kommunikation durch bildnerischen Ausdruck, Umgang mit Ängsten vor der Geburt - Klärung von Konflikten und Ambivalenzen durch bildnerischen Ausdruck, Umgang mit Ängsten vor einer Frühgeburt, Umgang mit Schuldgefühlen, Klärung durch Identifikationsprozesse sowie ästhetische Erfahrung und Flow.

Die Erlebnisbereiche werden jedoch an unterschiedlichen Erfahrungssituationen festgemacht und sind zudem Ausdruck der jeweiligen Lebensbiographie. Insofern haben sie ihren eigenen, subjektiven Charakter.

Diese Erlebnisbereiche werden nun in einen theoretischen Kontext gestellt und die oben genannten Phänomene durch einen Vergleich der transkribierten Therapiestunden deutlich gemacht. Zwischen den einzelnen Phänomenen gibt es keine klare Trennlinie, sondern immer wieder Überschneidungen und Überlappungen.

11.5.1 Emotionale Stabilisierung und Entspannung

In der Arbeit mit Risikoschwangeren hat die emotionale Stabilisierung und Entspannung eine vorrangige Position, da sich die Patientinnen in einem krisenhaften Zustand befinden. Entspannung ist hier nicht bloß als angenehmer Zustand gemeint, sondern als wichtiger physischer Bestandteil und Beitrag zur medizinischen Therapie. Es gibt verschiedene Entspannungsmethoden, die vor allem in der Angstbehandlung eine große Rolle spielen. Entspannung gilt dabei als angstkompatibler Zustand, der imstande ist, diese zu reduzieren (Stumm/ Pritz 2000, S. 166). Die Kunsttherapie gestaltet sich in diesem Tätigkeitsfeld demnach zunächst im Sinne einer Krisenintervention⁴⁶. Hierbei kommen Entspannungsverfahren zum Einsatz, die auf der körperlichen Ebene ansetzen, aber sich schließlich auch auf das emotionale Erleben auswirken (siehe Progressive Muskelentspannung, Autogenes

⁴⁶ Krisenintervention: Krisenintervention ist jene Form psychosozialer Betreuung und Behandlung, die sich mit Symptomen, Krankheiten und Fehlhaltungen befasst, deren Auftreten im engeren Zusammenhang mit Krisen steht. Sie umfasst Aktionen zur Linderung krisenbedingter Leidenszustände und zur Verhütung ihrer sozialen, psychologischen und medizinischen Folgen, insbesondere zur Reduzierung krisengebundener Krankheitsrisiken. (Stumm/ Pritz 2000)

Training). Die Funktionelle Entspannung (nach Marianne Fuchs 1949, 1997)⁴⁷ dagegen ist ein körpertherapeutisches Verfahren, das nicht programmatisch vorgeht, aber in Zusammenhang mit Kunsttherapie mit Risikoschwangeren sehr effektiv und vielversprechend ist. Hier wäre eine weitere Forschungsarbeit wünschenswert. Außerdem hat das offene Reden im Sinne des „opening up’s“ (Pennebaker 1997) entlastende Wirkung, die sich positiv auf die innere Stabilisierung auswirkt. Hierbei ist es sinnvoll, den Selbstexplorationsprozess⁴⁸ zu unterstützen. Uexküll befürwortet in der Arbeit mit Schwangeren eher ich-stärkende, stabilisierende und stützende Verfahren und weniger aufdeckende, konfliktzentrierte Psychotherapie (Uexküll 2002). Innerhalb der Kunsttherapie können solche stabilisierende und stützende Verfahren Phantasiereisen sein, beispielsweise zum „Ort, an dem ich mich wohl fühle“ oder die Kontaktaufnahme mit dem Baby (siehe S. 41, Phantasiereisen und Imagination).

Frau A. nutzte das Angebot einer Entspannungsübung gerne zu Beginn der Stunde bis auf einen Termin, und zwar war dies die Stunde, nachdem sie in Kontakt kam mit ihren Gefühlen zu der bereits erlittenen Fehlgeburt. In diesem Fall war die Angst vor einem erneuten Fühlen des Schmerzes in der Konzentration auf das eigene (Körper-) Erleben zu groß: *„Mm ... ist schwierig jetzt die Augen ... Mir fällt das irgendwie ein bisschen schwer muss ich sagen“* (Frau A., 7. Sitzung, S. 1, Z. 6-15). *„Nee, das (Entspannen) hätte jetzt auch gar nicht hingehauen, weil ich konnte mich jetzt auch gar nicht konzentrieren und entspannen überhaupt, die Augen zumachen, die flattern dann immer so“* (Frau A., 7. Sitzung, S. 4, Z. 17-19). Durch die Entspannungs- und Einstiegsübung gelingt oftmals ein schnellerer Zugang zu inneren Bildern und Empfindungen. Wird eine innere Belastung verspürt, die bei stärkerer Beachtung bewusster und deutlicher wird, kann Entspannung Widerstand erzeugen.

Frau B. nutzte das Angebot einer Entspannungssequenz in den ersten drei Terminen ausschließlich, erst in der vierten Sitzung wollte sie gestalten. Frau B. befand sich zu Beginn des Klinikaufenthaltes in einer akuten Krisensituation, in der sie sich durch das Entspannungsangebot ein Stück weit stabilisieren und durch das Reden entlasten konnte. Nachdem die ganz akute Gefahr des vorzeitigen

⁴⁷ Funktionelle Entspannung: Von Marianne Fuchs (Fuchs 1949, 1997) begründete „Methode der psychosomatischen Therapie bei funktionellen körperlichen und seelischen Störungen“ (Fuchs 1996, S.13) bzw. eines tiefenpsychologisch fundierten Körpertherapieverfahrens (Stumm/ Pritz 2000).

⁴⁸ Selbstexploration: ein Begriff aus der klientenzentrierten Psychotherapie. Darunter versteht man die offene Auseinandersetzung einer Person (Klientin/ Klient) mit dem eigenen Erleben.

Schwangerschaftsendes vorüber war, konnte sich Frau B. auf eine Gestaltung, und damit auch auf eine Auseinandersetzung mit sich selbst, einlassen.

Frau B. spricht auch noch den Moment an (5. Therapiestunde, bzw. 2. Therapiestunde mit Gestaltung), in dem sie beginnt, sich in der Therapie mehr zu entspannen: *„Ich schwitze heute nicht so ... das letzte Mal wars viel anstrengender...Ach das ist sicherlich auch so, dass wo ich (äh) einfach nicht wusste, was kommt so auf mich zu“* (Frau B., 2. Sitzung, S. 21, Z. 20-24). Zur Entspannung tragen das Wissen um den Ablauf einer Kunsttherapiestunde bei und auch die sich aufbauende Beziehung von der Patientin zur Therapeutin.

Die Oberärztin der Frauenklinik der Städtischen Kliniken Höchst Dr. B. schätzt die Wirkung der Entspannung sowohl für die schwangeren Frauen als auch für die noch ungeborenen Babys als positiv ein: *„Ich denke, der Klinikaufenthalt ist für die Frauen leichter zu ertragen, sie sind entspannter und zufriedener. Das wirkt sich sicherlich auch auf die Babys aus, weil die das natürlich mitbekommen. Ich denke auch auf die Frauen selber, wenn die einen relativ hohen Stresspegel haben, merkt man das eben auch am Verlauf (der Schwangerschaft, d. Verf.).“* (Expertinneninterview Dr. B., S. 2, Z. 35-39)

Die Ergebnisse der Fragebögenuntersuchung sprechen ebenfalls dafür, dass sich die Kunsttherapie förderlich auf die auch körperlich erlebte Entspannung auswirkt (siehe S. 94, Material V: Fragebögen zur Erfassung der Veränderung von Symptomen und der subjektiv erlebten Belastung). Beide Patientinnen gaben überwiegend positive Antwort (50% Zustimmung und je 25% geringe und völlige Zustimmung) auf die Frage nach dem Empfinden körperlicher Entspannung während der kunsttherapeutischen Sitzung. 7% der Antworten wurden mit geringer Ablehnung angekreuzt. Beide Patientinnen geben demnach an, sich während den kunsttherapeutischen Sitzungen körperlich überwiegend entspannt zu fühlen. Die geringe Prozentzahl an Ablehnung könnte sich durch die anfänglich ungewohnte Situation in einem therapeutischen Setting erklären lassen oder auch durch die Auseinandersetzung mit belastenden Themen, wie der noch sehr unsichere Fortgang der Schwangerschaft bei Frau B.

Ebenfalls 77% der Antworten auf die Frage nach dem subjektiven Empfinden von innerer Ruhe nach den kunsttherapeutischen Sitzungen wurden mit Zustimmung beantwortet und 20% mit Ablehnung. Die Ablehnung könnte bei Frau A. auf der Aufdeckung und Bearbeitung der als traumatisch erlebten Fehlgeburt beruhen.

Wie sich die Kunsttherapie aus medizinischer Sicht tatsächlich auswirkt, ist mit der vorliegenden Arbeit nicht zu beweisen. Hierfür müsste es eine noch umfangreichere Untersuchung geben, die den medizinischen Verlauf genauer berücksichtigt. Aber auch die Oberärztin Frau Dr. P. äußert in einem Expertinneninterview ähnliche Beobachtungen: *„Dadurch, dass die Mütter dann auch so ein bisschen zur Ruhe kommen, überträgt sich das auf jeden Fall auf die Kinder. Die natürlich auch merken, wenn die Mutter den ganzen Tag verspannt ist, angespannt ist, voller Sorgen ist, was auch ganz leicht über Hormonausschüttungsregelkreise erklärt werden kann.“* (Expertinneninterview Dr. P., S. 3, Z. 25-29)

11.5.2 Entlastung durch bildnerischen Ausdruck von Emotionen

Entlastung bedeutet in diesem Zusammenhang Katharsis oder Entladung, sich befreien können von seelischen Konflikten und inneren Spannungen durch emotionales Abreagieren. Wie Schuster (1993) bemerkt, können sich Impulse, die verdrängt oder gehemmt sind, innerhalb einer Therapie entladend ausdrücken. Auch Franzke (1983) weist darauf hin, dass sich beispielsweise Wut oder Schmerz durch eine Gestaltung entladen können, wodurch der Leidensdruck gesenkt wird. Dies wiederum ermöglicht oft erst das Bearbeiten der offenen oder untergründigen Konflikte. Das Ausagieren während eines Gestaltungsprozesses kann eine entlastende Wirkung haben, die erleichternd und befreiend sein kann (Franzke 1983).

Sowohl Frau A. als auch Frau B. erfahren Entlastung durch den bildnerischen Ausdruck und der Selbstexploration von Emotionen⁴⁹.

Frau A. drückt in Bild Nr. 4 „Bewegung“ ihren starken Wunsch aus, sich frei bewegen zu können, *„zu sagen, ich möchte einfach mal wieder machen, was ich will (...) einfach so dieses Unbeschwerte, so zu sagen, ich fahr jetzt einfach so drauf los, da ist wieder Bewegung irgendwie da, und nicht so dieses stupide vor sich hinbrüten“* (Frau A., 4. Sitzung, S. 8, Z. 41-46). Frau A. verleiht ihrem Wunsch nach Bewegung und Selbstbestimmtheit gestalterischen Ausdruck und formuliert dies auch in Worten. Die Frustration über die momentane Situation wird aktiv in ein Gegenteiliges Bild umgesetzt. Frau A. kann sich gedanklich auf das Fahrrad setzen und davon fahren. Frau B. erlebt die kathartische Wirkung zunächst anders. Die Einstiegsübung „Blinder Kritzel“ ermöglicht es, ein Bild außerhalb der bewussten Kontrolle zu gestalten und

⁴⁹ Siehe: Fallanalyse Frau A. Bildinterpretation Bild Nr. 4 „Bewegung“ und Fallanalyse Frau B., Bildinterpretation Bild Nr. 1 „Blinder Kritzel“

damit unbewussten Bildern den Weg zu bahnen. Das entstandene Bild ist für Frau B. zunächst unerwartet, auch ein wenig erschreckend, weil recht viel Schwarz vorhanden ist. In dem Bild wird die Polarität von Optimismus und Hoffnung gegenüber der Trübung durch das Dunkle deutlich. Besonders in der Art des Malens mit der Jaxon-Ölkreide zeigt sich das Abreagieren von Emotionen: Frau B. gestaltet mit festem und intensivem Duktus.

Die kathartische Wirkung des Gestaltens beruht nicht zuletzt darauf, dass Gefühle auf der bildnerischen Ebene weitgehend ungehemmt ausgedrückt und Wünsche zum Ausdruck gebracht werden können, ohne negative Resonanz durch das Umfeld erwarten zu müssen. Auf der bildnerischen Ebene können in einer symbolischen Weise Handlungen ausprobiert werden, die in der realen Situation unter Umständen drastische Folgen haben könnten, weshalb dies nicht riskiert würde (vgl. Tomalin 1989, Schottenloher 2000).

Die Entlastung beruht aber in der Kunsttherapie neben dem bildnerischen Prozess auch auf der verbalen Selbstexploration über das Entstandene und Benennung von Konflikthaftem, Schmerzhaftelem oder sonst Belastendem wie Schuldgefühlen, Angst vor der Geburt etc. Das Aussprechen kann zu einer Selbsterfahrung oder Selbsterkenntnis führen.

Die Oberärztin Dr. P. äußert hierzu: *„Die Frauen haben eine Ausdrucksmöglichkeit ... Schwangere denken immer, sie müssen alles für ihr ungeborenes Kind tun, sie müssen den ganzen Tag jetzt schon eine perfekte Mutter sein, und trauen sich mit vielen ihrer Bedenken oder auch ihrer Wut, warum muss ich jetzt hier liegen, gar nicht so nach außen. Und haben jetzt in der Kunsttherapie einfach noch mal eine Ausdrucksmöglichkeit, die auch nicht verbal sein muss. Sie können es verbalisieren, müssen es aber nicht.“* (Expertinneninterview Dr. P., S. 3, Z. 18-25)

Das gestalterische Handeln ermöglicht Ausdruckswege zu finden, sowie Vorstellungen und Erlebnisse zum Ausdruck zu bringen, die anders vielleicht nicht formuliert werden könnten (siehe auch Kirchner et al 2006).

Die Ergebnisse der Fragebogenanalyse zeigen, dass 9% der Antworten auf die Frage nach einer optimistischeren Einstellung bezüglich der eigenen Probleme mit geringer Ablehnung beantwortet wurden. Dagegen stimmten 91% der Antworten zu (55% mit geringer Zustimmung, 36% mit Zustimmung). Die Patientinnen konnten durch die Kunsttherapie einen Zuwachs an Optimismus erlangen, was einen Zuwachs an Wohlbefinden mit sich bringt. Dieses Ergebnis ist nicht allein spezifisch

für eine Entlastung, sondern könnte genauso auch mit den nachfolgenden Wirkungen in Zusammenhang gebracht werden.

Alle Befragten erneinten eine subjektiv stärker erlebte Belastung nach der Kunsttherapie (57% mit völliger Ablehnung, 36% mit Ablehnung und 7% mit geringer Ablehnung). Dieses Ergebnis zeigt, dass sich die Patientinnen durch die Kunsttherapie nicht zusätzlich noch belastet gefühlt haben, d.h. die behandelten psychischen Inhalte integrierbar und verarbeitbar waren.

11.5.3 Selbsterfahrung und Selbsterkenntnis

Selbsterfahrung ist ein Prozess, der die Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse, Gefühle und Verhaltensweisen beinhaltet. Der Begriff der Selbsterfahrung hat im personenzentrierten Ansatz eine spezifische Bedeutung: Jedes Individuum lebt in einer Welt persönlicher und subjektiver Erfahrungen. Auch wenn diese Erfahrungen nur zu einem geringen Teil bewusst sind, so kann ein großer Teil dieser Erfahrungen prinzipiell zugänglich gemacht werden, wenn das Individuum Empfindungen oder Erfahrungen in den Mittelpunkt rückt, weil sie mit der Befriedigung seiner Bedürfnisse im Zusammenhang stehen. Der fortlaufende Fluß der Erfahrungen mit sich selbst bildet die Grundlage für die Entwicklung, Organisation und Aufrechterhaltung des Selbst eines Individuums (Stumm/ Pritz 2000).

Selbsterkenntnis bezeichnet die primär kognitiven Anteile dieses Prozesses. Beides beinhaltet zu einem gewissen Grad auf das eigene Bewusstsein gerichtete Beobachtung als unmittelbaren Zugang zu den subjektiven psychischen Prozessen. Selbsterfahrung und Selbsterkenntnis vereinen also ein genaues Hinsehen, ein Nachdenken über mögliche Problemstellungen und ein Erkennen von Lösungsansätzen (Rogers 1983; Wichelhaus 1995; Stumm/ Pritz 2000).

Sowohl in den Äußerungen von Frau A. während der Therapiestunden, als auch von Frau B. sind Textstellen enthalten, die einen Zuwachs an Selbsterfahrung und Selbsterkenntnis durch die Kunsttherapie dokumentieren⁵⁰. Grundlegend lässt sich sagen, dass im Prinzip in jeder einzelnen Stunde ein solcher Zuwachs an Selbsterkenntnis festzustellen ist. In den Gestaltungen tritt häufig unbewusstes Material zu Tage, das im genauen Betrachten und Benennen im Gespräch bewusst wird und integriert werden kann. Als Beispiel hierfür lässt sich Frau A.s Bild Nr. 5 zum Thema: „Was bewegt mich heute?“ anführen. Frau A. gestaltete eine freie Collage

⁵⁰ siehe: Frau A. Bildinterpretation Bild Nr. 5 „Was bewegt mich heute?“ und Frau B. Bildinterpretation Bild Nr. 4 „Fischschwarm- Gegen den Strom“

(S. 46, Freie Collage). In der Collage zeigen sich Themen wie Partnerschaft, Freude aufs Kind, möglicher Hausbau, aber auch Angst vor der Geburt und die Fehlgeburt des ersten Kindes. Im Gespräch über die Collage wird die Zweiteilung in positiv besetzte Bereiche („Familienglück“), aber auch negativ Besetztes wie die Angst vor der Entbindung konkretisiert.

Frau B. nutzt die kunsttherapeutischen Stunden fast ausschließlich, um sich im Gespräch ihren Gestaltungen interpretatorisch zu nähern, um etwas über sich zu erfahren. Innerhalb des therapeutischen Gesprächs zum vierten Bild „Fischschwarm – gegen den Strom“ reflektiert Frau B., indem sie sich selbst als den Fisch beschreibt, der gegen den Strom schwimmt: *„wo mer dann schon, (ähm) son bisschen kämpfen muss, aber halt nich unbedingt (äh) so beliebt ist, ne? Weil man ist ja unbequem“* (Frau B., 4. Sitzung, S. 9, Z. 40-41). Dies bezieht sich auch auf Frau B.s Situation in der Klinik, da sie sich nicht völlig der ärztlichen Meinung anschließt, sondern ihren eigenen Standpunkt entwickelt und ihn auch durchsetzt, beispielsweise bei der Verweigerung einer empfohlenen Fruchtwasseruntersuchung. In beiden Fällen wurden unbewusste oder vorbewusste Emotionen und Problemstellungen durch eine Verbildlichung sichtbar und fassbar, so dass die Patientinnen daran arbeiten konnten und die Inhalte zu integrieren vermochten. Durch die Auseinandersetzung mit dem Produkt wurde ihnen der Zusammenhang zwischen Ausdruck und eigenem Befinden deutlich. Es konnte ein Einsichtszuwachs stattfinden, der den Patientinnen ein besseres Verständnis für sich und ihre Situation ermöglicht und ihren Entwicklungsprozess voranbringt. Unbewusste Konflikte können bewusst gemacht werden und müssen nicht im Unbewussten wirken, was anderenfalls zu einer Symptombildung führen könnte. Uexküll (2003) beschreibt dies in seinem Werk „Psychosomatische Medizin“: „Beim neurotischen Konflikt handelt es sich um unbewusste Gegensätzlichkeiten und Problembereiche des Erlebens und Handelns. Kennzeichen dieser unbewussten Konflikte ist das Auftreten von neurotischer Angst; zur Angstvermeidung und Verdrängung werden Abwehrverhalten und Abwehrmechanismen eingesetzt. Eine Lösung des Konfliktes ist jedoch nicht möglich, und im Rahmen der beschriebenen Kompromissbildung zwischen Triebimpulsen, Ich, internalisierten Normen und äußerer Realität kommt es zur Symptombildung. Die neurotischen Symptome stellen eine missglückte Konfliktlösung dar, aber sie entlasten eine Konfliktsituation; sie sind eine schlechte, aber die bestmögliche Lösung“ (Uexküll 2003, S. 460). Als Beispiel ließe sich hier die

bereits erwähnte Fallgeschichte der jungen Lehrerin anführen, die mit einem vorzeitig geöffneten Muttermund in die Klinik kam, nachdem sie sich innerhalb ihrer beruflichen Situation im inneren Konflikt befand zwischen ihrem Anspruch, eine leistungsfähige und kompetente Kollegin zu sein, und dem Empfinden, körperlich diesen Ansprüchen nicht mehr genügen zu können. Der Befund bildete sich nach anderthalb Wochen zurück, die Lehrerin blieb bis zum Mutterschutz krankgeschrieben (siehe S. 15, Die psychosomatische Komponente körperlicher Symptome). Die Psychologin und Kunstpsychotherapeutin Getraud Schottenloher formuliert in ihrem Buch „Kunst- und Gestaltungstherapie“ (2000): „Gestalten wird als pädagogische Hilfe angeboten, als Möglichkeit, Selbst-‘Verständnis‘, inneres Wachstum und die Fähigkeit zur Selbst-Heilung zu entwickeln“ (Schottenloher 2000, S. 11). Außerdem beschreibt Schottenloher als wesentlich: „Durch Gestalten lerne ich mich besser kennen, und kann gleichzeitig Geschehenes verarbeiten. Der Akt, der das Innere in die äußere Welt bringt, modifiziert die Innerlichkeit, reinigt gewissermaßen von Spannungen und energetischen Staus, führt aus passiver Ohnmacht, Sich-Verschließen, in sinnvolles Handeln, das durch die Gestaltung mehr ist als Abreagieren, mehr als ein Ventil. Es eröffnet die Möglichkeit zur Selbstheilung“ (Schottenloher 2000, S. 11).

Die Kunsttherapie bietet die Möglichkeit, dass die Schwangeren sich selbst und ihrem inneren Erleben zuwenden und zwar in Kontakt mit einer zugewandten Person, die Zeit dafür zur Verfügung hat. Die Oberärztin Dr. P. formuliert dies so: *„Es gibt manche Schwangere, die sehr lange liegen in der Schwangerschaft, und dann kommt nicht nur die Sorge ums Kind dazu, es kommt häufig die Sorge um die Familie zu Hause, es kommen grundsätzlich Gedanken, die diese Lebenskrise noch verstärken. Und da ist es einfach wunderbar, jetzt eine Möglichkeit zu haben, den Frauen eine Ausdrucksmöglichkeit zu geben, ihnen aber auch im Zweifelsfall einfach nur ein Gesprächsangebot zu machen oder einfach etwas für ihr Wohlbefinden, nämlich in Form einer Entspannungsunterstützung, zu geben. Und all das können wir Mediziner im Alltag eigentlich nicht leisten.“* (Expertinneninterview, Dr. P., S. 2, Z. 45-51, S. 3, Z. 1-3)

Die Ausdrucksmöglichkeiten zu fördern, um zu einem eigenen Bild von Wirklichkeit zu gelangen (Lehrplan Kunst, Bildungsgang Realschule 5-10, Hessisches Kultusministerium) ist im derzeitigen Lehrplan Kunst des Hessischen Bildungsministeriums eines der genannten Ziele des Kunstunterrichts.

Die Ergebnisse der im Anschluss an die Kunsttherapie ausgefüllten Fragebögen zeigen, dass 100% der Antworten auf die Frage nach dem subjektiv Erlebten „Vorankommen“ bezüglich der persönlichen Problematik durch die gestalterische Tätigkeit als Ausdrucksmedium mit Zustimmung beantwortet wurden, davon 58% mit geringer Zustimmung und 42% mit Zustimmung. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass beide Patientinnen einen Zugang zum Gestalten gefunden haben und diese Ausdrucksmöglichkeit für sich nutzen können im Sinne von Selbstexploration und Selbsterfahrung.

11.5.4 Ich-Aktivierung

Durch die strenge Bettruhe, die beide Patientinnen einhalten müssen, sind sie körperlich betrachtet zu großer Passivität gezwungen. Das wiederum kann sich in einer Art lähmendem Gefühl äußern, das zu häufigem Fernsehkonsum oder depressiven Gefühlszuständen führen kann. Besonders die Position des Liegens ermöglicht wenig Spielraum für eigene Aktivität. In dem Moment, in dem die Frauen gestalten, also selbst etwas tun, wird das Gefühl der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins geringer, da sie Selbstwirksamkeit erleben.

Frau A. schildert in der letzten Stunde im Rückblick das kunsttherapeutische Angebot als Aktivierung, als Unterbrechung des monotonen Klinikalltags: *„Ja und das ist halt so meine aktivere Seite (rechte Seite des 9. Bildes, Anm. Verf.). Das glaube ich habe ich ja auch schon erzählt. So dieses Freudige, dass was passiert, vorangeht im Endeffekt. Was wir auch so gemacht haben, das war ja eigentlich mehr, auch super, dass ich da aus dem Trott rausgekommen bin“* (Frau A., 9. Sitzung, S. 9, S. 36-42).

Die Kunsttherapie unterbricht den monotonen Klinikalltag. Sie stellt einen Kontrapunkt zum ständigen Liegen dar und aktiviert das haptische und gefühlsmäßige Erleben. Diesen Kontrast zur Monotonie des Alltags schildert sie so: *„und einfach so dieses, dieses Lebendige, dieser lebendige Teil einfach von dem Ganzen.“* Frau A. beschreibt, sie erlebe die Kunsttherapie als „ziemlich interessant und spannend“ (Frau A., 8. Sitzung, S. 6, Z. 23). Das kunsttherapeutische Angebot ist etwas Neues für sie, das ihr Interesse weckt und sie teilweise auch herausfordert, aber dennoch gut fühlen lässt: *„und dann konnte ich mich erstmal nicht aufraffen manchmal...das war dann noch das Schlimme dazu, und dann hab ich gesagt: Och nee` und so, und dann bin ich zurückgekommen und war quicklebendig“* (Frau A., 9. Sitzung, S. 10, Z. 57-58).

Frau B. nutzte das kunsttherapeutische Angebot primär zur Selbstreflexion durch Reden über die Bilder, die sie in der Zwischenzeit hergestellt hatte. Das bedeutet, dass Frau B. über das 50-minütige Angebot hinauswöchentlich mehrere Stunden gestalterisch tätig war und somit in diesem Sinne aktiviert wurde.

11.5.5 Ich-Stärkung⁵¹

Ich-Stärke entsteht durch die Erfahrung der eigenen Kompetenz⁵². Hieraus erwächst Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein, d.h. auch, sich seiner selbst bewusst sein. Dies ist wichtig, denn durch die Erfahrung wochenlang abhängig vom Klinikpersonal zu sein durch die Bettruhe, kann sich bei den schwangeren Frauen ein Gefühl der Hilflosigkeit und Ohnmacht ausbreiten.

Selbstbildungsprozesse können kunstpädagogisch und kunsttherapeutisch angeregt werden im Sinne der „Ästhetischen Forschung“ (Kämpf-Jansen 2001). Im Zentrum des Ansatzes der Ästhetischen Forschung steht das Ziel, in selbstgewählten thematischen Projekten ästhetische Erfahrungen (Kämpf-Jansen 2001, S. 157 f) zu ermöglichen und zwar mithilfe künstlerischer Strategien und aktueller Kunst als Anregungspotenzial. Die Ästhetische Forschung knüpft an die Biographie des jeweils gestalterisch tätigen Menschen an (ebd. S. 169).

Die Freude und Lust am Tun, am eigenen Ausdruck erhöht das Selbstvertrauen und eine positive Einstellung (Schottenloher 2000, S. 10).

Bei beiden Frauen sind Stellen in der Kunsttherapie zu verzeichnen, die eine Ich-Stärkung kennzeichnen. Bei Frau A. ist dies deutlich in der Auseinandersetzung mit ihren Ängsten vor der bevorstehenden Geburt. Diese Angst wird in mehreren Sitzungen thematisiert (besonders in der 5. Stunde „Was bewegt mich heute?“ und in der 7. Stunde mit dem Thema „Geburt“). Frau A. thematisiert sowohl bildlich als auch verbal ihre Angst vor unkontrollierbaren Geburtsschmerzen und die Angst, sich in der Beziehung zum Oberarzt ihr „Intimstes preiszugeben“ und nicht mit den Schmerzen umgehen zu können, sich im gewissen Sinne vor ihm zu blamieren, ein „Waschlappen“ zu sein. Durch die Auseinandersetzung mit diesen Ängsten findet Frau A. schließlich einen Umgang mit ihrer Angst, indem sie sich für einen geplanten

⁵¹ Ich-Stärke: Ich-Stärke bedeutet die Leistungsfähigkeit des Ichs in der Anpassung an die Wirklichkeit und in der Verarbeitung innerer und äußerer Belastungen. Mangelnde Ich-Stärke ist eine Entstehungsbedingung von Neurosen und Psychosen (aus: Psychology48.com. Das Psychologie-Lexikon, aufgerufen am 22.10.2008)
In der Psychoanalyse: die Kraft und Flexibilität, mit welcher das Ich seine Funktionen erfüllt. Wenn Kraft und Flexibilität im Gleichgewicht stehen, bleiben genügend schöpferische Kräfte frei (Peters 2007)

Kaiserschnitt entschließt, was einerseits wie eine Form der Flucht vor dem Konflikt aussehen mag, andererseits Frau A. in ihrer Situation so sehr entlastete, dass sie fast völlig angstfrei in die Geburt gehen konnte. In dem Bild „Geburt“, das in der 7. Stunde entstand, wird auf der Bildebene eine Synthese von Angst oder negativem Gefühl und Zuversicht oder Heilemdem deutlich, wobei die Zuversicht/ das Heilende die Oberhand gewinnt bei der Betrachtung des Bildes innerhalb der Stunde:

Frau A.: Ja wie wenn einfach man, mh (atmet aus), ich weiß auch nicht, wie wenn es nicht so schlimm wäre. Also, wie wenn die obere Hälfte die untere Hälfte küsst und sagt: „So schlimm ist es eigentlich gar nicht“ oder so. Also so denk ich mir jetzt. Also ...
P.S.: Mhm...Als ob sie Mut macht?
Frau A.: Ja, genau.
P.S.: Kraft gibt?
Frau A.: Genau.
(Frau A., 7. Sitzung, S.8, Z. 37-44)

Frau B. bekommt durch ihre gestalterische Tätigkeit viel Anerkennung durch das Klinikpersonal, was ihr gefällt und gut tut:

Frau B.: ich lieg immer da und lächel des Bild an, weil ich mir denk: Die, die eine Hebamme sagte: Können Se nich mal für Kreißsaal eins malen? Dann sacht der Johannes: Gib ihnen des doch. Sach ich: Naa, Du des kann ich net hergeben, des muss ich behalten. Des is so mein ganzes Innerstes', ich kann noch mal eins machen, aber, das kann ich net hergeben. (hm'hm'mh')
(Frau B., 3. Sitzung, S. 9, Z. 49-51; S. 10, Z. 1-3)

Die Kunsttherapie kann den betroffenen Frauen helfen, besser mit der Krisensituation umzugehen, da „die Klientinnen (...) dabei auch mit ihren kreativen Anteilen wahrgenommen (werden), die vorrangige Fixierung auf die defizitären Persönlichkeits- und Problemkonstellationen weicht einer die kreative Potentialität unterstützende Sichtweise“ (Nölke/ Willis 2002, S. 22).

11.5.6 Kommunikation durch bildnerischen Ausdruck

Ästhetische Objekte als Kommunikationsanlass zu nutzen ist wichtig, um mit der eigenen Wirklichkeit in Kontakt mit anderen zu treten, die eigene Sichtweise zunächst selbst wahrzunehmen aber auch zu differenzieren im Austausch mit anderen. Dies wirkt einer Isolierung entgegen, insbesondere wenn die Schwangeren im Einzelzimmer liegen. Nicht nur die Produktion von Bildern, sondern auch das „In-Sprache-bringen“, also die Reflexion über die Gestaltung, vertieft den eigenen Verstehensprozess und das Verstehen durch das Gegenüber. An dieser Stelle haben die Kunsttherapie und die Kunstpädagogik ähnliche Ziele. Alexander Glas schreibt in seinem Artikel in der kunstpädagogischen Zeitschrift Kunst+Unterricht

⁵² Siehe: www.philso.uni-augsburg.de/lehrstuehle/kunstpaed/forschungsgebiete/kunstdidaktik/aesthetischebildung, aufgerufen am 15.6.2009

(Heft 309/ 310, 2007) „Vom Bild zum Text, vom Text zum Bild“: „Ästhetische Erziehung ist das Fach der Bilder. Nur wenige wissen, dass das Fach den Ort seiner Bestimmung ebenso in der Verknüpfung der beiden Medien Wort und Bild aufsucht. Im Kunstunterricht spielt der Gesichtspunkt des kompetenten Sprechens über visuelle Phänomene eine zentrale Rolle. Die schon seit langem bewährte Formel einer `Produktion und Reflexion` fordert programmatisch diese didaktische Handlungsform ein. Zweifellos gehören daher alle Fragen nach den Beziehungs- und Wirkungsformen der beiden Medien zur Essenz kunstpädagogischen Forschens und Handelns“ (Glas 2007, S. 6-7). Glas benennt weiterhin, dass das Sprachverhalten ein „unverzichtbarer Bestandteil ästhetischen Verhaltens“ sei, denn Sprache sei die „Umgangsform, die Aufmerksamkeit gegenüber dem Medium Bild zu erhöhen“ (ebd., S. 9). Durch die Versprachlichung von Eindrücken, die durch den gestalterischen Prozess aber auch innerhalb der anschließenden Betrachtung des Entstandenen, vertieft sich das Verstehen durch die Benennung und Bewusstwerdung. Durch den Austausch über die ästhetischen Objekte erfahren die Frauen Zuwendung und möglicherweise auch Mitgefühl und Verständnis für ihre innere Situation, sie machen sich einfühlbar. Ebenso erhalten die schwangeren Frauen oftmals auch Anerkennung für das gestalterische Ergebnis, was wiederum ihr Selbstbewusstsein stärkt. Gerade in Krisensituationen ist Kommunikation besonders wichtig, um sich von starken negativen Emotionen entlasten zu können, sowohl verbal im Sinne des „opening up“ (Pennebaker, 1997) als auch über die Gestaltung. Durch den gestalterischen Prozess und das Endprodukt wird die „Innenwelt sichtbar und auch für andere verstehbar. Ausgehend vom Gespräch über die Gestaltungen, kann das aus dem Unbewussten stammende Material durchgearbeitet werden“ (Schottenloher 2000, S. 11). Dies wirkt dem Gefühl von Einsamkeit und Isolierung entgegen. Die Gestaltungen bieten einen Kommunikationsanlass, so dass die Patientinnen in Kontakt mit anderen treten und sich mitteilen.

Die entstandenen Bilder und Objekte sind im kunsttherapeutischen Setting per se ein Mittel zur Kommunikation, einerseits mit sich selbst, da unbewusste Inhalte erscheinen können, andererseits mit anderen. Frau A. drückt dies so aus: *„das ist natürlich schon toll, und auch, so dieses Selbstentdecken hier auch so ein bisschen´ ... Das man sagt: „Okay“, vielleicht Sachen, die einem nicht so bewusst waren´... Also die man zwar gewusst hat, aber die man jetzt nie so offen ausgesprochen hat oder so, dass, ich mein, hier ist das ja wirklich alles so konkret zum Vorschein*

gekommen. Alles was ich so, eh, ph, ich weiß nicht, gefühlt habe, oder, oder was ich vielleicht auch nicht so ausgedrückt habe. Manchmal auch war ich ja total verärgert, wo ich hierher gekommen bin. So vor allem die ersten paar Male, da kann ich mich noch erinnern“ (Frau A., 9. Sitzung, S. 10, Z. 3-12).

Frau B. nutzte die Zeit in der kunsttherapeutischen Sitzung hauptsächlich über die Bilder zu sprechen, die sie in der Zeit zwischen den Sitzungen gestaltete. Sie lud sogar das Krankenhauspersonal regelrecht dazu ein, Assoziationen zu ihren Bildern zu äußern:

„Ich hab dann auch (ähm) mein Masseur, der hat jetzt da auch gesacht: Des sieht fast aus, als – also er hat des sehr richtig gedeutet’ alles eigentlich von sich aus, und hat so gsacht: Unten, der des (ähm), des was so in die Ecke geht’ – nee, des was so aus dem Bauch nach unten ab – genau. Des sieht aus wie so ne Verbindung, wie ne Nabelschnur, ne’ ...Die Verbindung da zur Mutter, ja ...Da hab –des hab ich da jetzt gar net da rein interpretiert. (...) Und (ähm) des is ganz interessant und was er noch gesehen hat, is hier son Vogel oben der Kringel der Kopf’ und dann der Körper’ und dann irgendwie halt so der, der Schwanz hinten’ und (ähm) und Beine. ...Das hab ich überhaupt nich gesehen. Vorher. Aber es – da hat er net Unrecht“ (Frau B., 3. Sitzung, S. 8, Z. 43 ff.).

Insbesondere bei Bild 4, „Fischschwarm – gegen den Strom“, erheiterte es sie zu sehen, ob andere den Fisch, der im Schwarm in die entgegengesetzte Richtung schwimmt, erkannt wird. Dieser Bildwitz und ihre Freude darüber verdeutlichen, wie Frau B. durch ihre Werke in Kommunikation und in Beziehung tritt. Auch schenkte sie dem Kreißsaalpersonal für den Kreißsaal ein selbstgemaltes Bild zu Weihnachten. Dieses Bild hängt heute in einem Untersuchungszimmer innerhalb des Kreißsaals.

11.5.7 Umgang mit Ängsten vor der Geburt - Klärung von Konflikten und Ambivalenzen⁵³

In beiden vorgestellten Fällen wurden (innere) Konflikte und Ambivalenzen deutlich⁵⁴. Konflikte und Ambivalenzen erzeugen eine innere Spannung. Sind die Konflikte und ambivalenten Gefühle unbewusst, besteht die Möglichkeit, dass der Körper versucht die Spannung zu verringern. Dies könnte beispielsweise ein Symptom sein, was zwar

⁵³ Ambivalenz: Der Begriff stammt von Bleuler und bezieht sich in der Psychoanalyse auf die innere seelische Spannung, die entsteht, wenn ein Wunsch oder Triebimpuls mit widerstreitenden Gefühlen und Affekten verknüpft ist; die dem bewussten Erleben teilweise oder überwiegend entzogen sind (Stumm/ Pritz 2000)

⁵⁴ siehe Frau A.: Bildinterpretation Bild 3 „Der Ort an dem ich mich wohl fühle“ und Bild 5 „Was bewegt mich heute? Geburt“; Frau B.: Bildinterpretation Bild 1 „Blinder Kritzel“, Bildinterpretation Bild 2, die Tonfigur (ohne Hände) und Bildinterpretation Bild 6

nicht optimal ist aber das zu diesem Zeitpunkt zunächst einzig Mögliche (Uexküll 2003).

Im Fall Frau A. zeigt sich ein Konflikt, beziehungsweise eine Ambivalenz beim Thema Geburt. Einerseits verbindet Frau A. die Geburt mit Freude auf ihr Kind, zum anderen verspürt sie aber auch große Angst vor den damit verbundenen Schmerzen, ebenso die Angst vor ihrer eigenen Reaktion unter den Geburtsschmerzen: *„das ist dann wahrscheinlich schon so ein Erlebnis...fürs Leben dann auch, und, ja, bin ich schon gespannt drauf. Und ich hab auch ehrlich gesagt ein bisschen Angst davor“* (Frau A., 5. Sitzung, S. 7, Z. 31-33); *„dann so der Schmerzfaktor glaube ich auch, dass man so sagt, Mensch, das tut jetzt weh, und ähm, wie werd ich mich da verhalten, also werd ich jetzt der absolute Waschlappen sein und da rumjammern und da das Handtuch werfen nach ner Stunde oder zwei?“* (Frau A., 5. Sitzung, S. 7, Z. 42-45), *„und dann liegst du da total blank und gibst so dein Intimstes eigentlich preis im Endeffekt“* (Frau A., 5. Sitzung, S. 7, Z. 3-4). Bei Frau A. sind auch immer wieder Konflikte mit dem Klinikpersonal Thema, über die sie sich traut, innerhalb der Therapie zu sprechen und sich darüber zu entlasten: *„Man fühlt sich ja richtig ausgeliefert im Endeffekt. Also es ist dann halt kein schönes Gefühl dann auch. Man weiß ja, wenn man jetzt klingelt und braucht irgendwas, dann steht die Schwester wieder da und man braucht sie ja irgendwie ...wenn die Schwester so reinkommt und so ein Gesicht zieht, und einen dann so kühl von oben herab behandelt“* (Frau A., 4. Sitzung, S. 2, Z. 29-34).

Bei Frau B. sind mehrere Konflikte deutlich. Zum Thema Geburt äußert Frau B. ihren Wunsch nach einer spontanen Entbindung, setzt sich aber auch differenziert mit der hohen Wahrscheinlichkeit eines Kaiserschnittes zum Wohle des Kindes auseinander: *„Und dann halt immer mal wieder so des Beschäftigen mit, mit (äh) jaa, dass halt die Ärzte doch eventuell en Kaiserschnitt machen müssen, wo ich mich halt ganz schwer mit auseinandersetzen kann...versuch ich halt schon, weil ich denk, weil halt je nachdem, wies halt wird. Lieber drauf vorbereitet, als dass es dann halt schief geht, ne“* (Frau B., 5.+6. Sitzung, S. 5, Z. 49-54). Frau B. wägt das Pro und Contra bezüglich der Art der Geburt ab und setzt sich intensiv damit auseinander. Diesen Abwägungs- und Differenzierungsprozess vollzieht sie vornehmlich sprachlich im Kontakt mit der Kunsttherapeutin, die quasi eine Art Zeugin des Gesagten wird. Im Gesprächsverlauf klärt sich Frau B. in der Auseinandersetzung und gelangt mehr und mehr zu einer Akzeptanz des wahrscheinlichen Kaiserschnitts, den sie anfangs so

schwer annehmen konnte: *„lieber mal vorher Gedanken gemacht, die vielleicht, jaa, gar net notwendig sind, obwohls halt schon von der, also von den Ärzten, aus ärztlicher Sicht, also schauts schon so aus, als würeds einer werden“* (Frau B., 5. Sitzung, S. 6, Z. 4-15).

Im Therapieverlauf sind weitere Klärungs- und Abwägungsprozesse bei Frau B. festzustellen. Bereits im ersten Gestaltungsprozess des „Blinden Kritzels“ wird das Abwägen deutlich von unterschiedlichen Sichtweisen bezüglich einer Fruchtwasseruntersuchung, die aus ärztlicher Sicht angeraten wurde:

„Und des is halt das, was mich – wenn ich des wüsst, glaub ich, würd ich nochmal anders entscheiden, wenn se mir konkret sagen können: des und des is, (ähm) ma kann (äh) dann sagen, stellen se sich auf, des kann, wird des Kind nicht können, ein, oder wie auch immer. Aber das kann ja keiner sagen“ (Frau B., 1. Sitzung, S. 15, Z. 26-29).

Ein weiterer Konflikt ist der zwischen Autonomie und Abhängigkeit, den Frau B. einerseits in ihrer Patientinnenrolle gegenüber dem Klinikpersonal erlebt, aber auch innerhalb der Beziehung zu ihrem Freund, dem Vater des Kindes: *„Aber mittlerweile ich des is halt auch ne Vorsicht, dass halt nicht noch mehr passiert auch von den Ärzten, die ich dann schon einerseits verstehen kann, andererseits wenn ich hier lieg und ich blut im Liegen, dann machts für mich keinen Sinn, dass mer sacht ich hab so strenge Bettruhe jetzt und muss auf die Pfanne ... is für mich total widersprüchlich, vielleicht mal für en Tag oder zwei, wenns dann nimmer blutet, aber dann müssts ja eigentlich auch wieder gut sein“* (Frau B., 2. Sitzung, S. 12, Z. 21-28). Als Patientin kämpft Frau B. immer wieder darum, Entscheidungen über sich zumindest mitentscheiden zu dürfen. Durch ihre Hilflosigkeit ihrer Selbständigkeit beraubt fühlt sich Frau B. sehr abhängig: *„ich lieg hier, wie son Käfer aufm Rücken“* (Frau B., 2. Sitzung, S. 13, Z. 11-12). Die Beziehung zu ihrem Partner ist durch die Umstände auch belastet. Frau B. war vor der Schwangerschaft recht unabhängig. Allein durch die Schwangerschaft verändert sich bereits die Beziehung, durch die Komplikation wird dies noch verschärft: *„ich möchte halt gern son bisschen vorneweg planen ... und er hat das Bedürfnis nicht. Er kann da spontaner entscheiden. Da sach ich: Jaa, es bin ja net nur ich, des is jetzt auch en Kind mit betroffen...und des bedarf schon einiger Planung. Also für mich“*.

Die vorhandenen Konflikte und Ambivalenzen können in der Kunsttherapie sowohl gestalterisch als auch verbal benannt/ gestaltet werden, und auf beiden Ebenen kann ein Lösungsweg gesucht werden, um einer Somatisierung vorzubeugen.

11.5.8 Umgang mit Ängsten vor einer Frühgeburt

Die Risikoschwangerschaft bedeutet, dass das Kind zu einem zu frühen Zeitpunkt zur Welt kommen kann, was wiederum eine gesundheitliche Beeinträchtigung, Behinderung oder sogar Tod zur Folge haben könnte. Die Angst vor einer Frühgeburt mit den entsprechenden Risiken ist von daher eine normale Reaktion bzw. Folge. Ständige Angst beeinträchtigt das subjektive Wohlbefinden, weshalb es wichtig ist, einen adäquaten Umgang damit zu entwickeln. In der Kunsttherapie besteht die Möglichkeit, die Ängste gestaltend zum Ausdruck zu bringen und zu bearbeiten. Auch im Dialog können Ängste ausgesprochen werden und Formen des Umgangs damit gestaltet werden.

Frau A.s Angst vor einer Frühgeburt ist sehr groß, da sie bereits das erste Kind in der Spätschwangerschaft durch eine Frühgeburt verloren hat. Erschwerend kommt hinzu, dass Frau A. den Schmerz über den Verlust des ersten Kindes bis dato verdrängt hat, was im Laufe der Kunsttherapie zunächst unbewusst in den Bildern (Bild 1 „Blinder Kritzel“, Bild 3 „der Ort an dem ich mich wohl fühle“, Bild 5 „Was bewegt mich heute“ und Bild 6 „Lebenslinie/ Lebenslauf“ durch das Weglassen der Geburt und des Todes des ersten Kindes, Bild 7 „Geburt“) und schließlich auch sprachlich deutlich wird (*„Jetzt hab ich unser erstes Baby vergessen, hier in dem Getümmel. Ja [atmet hörbar aus], das ist gar nicht so einfach, das möchte ich gerne auslassen“* (Frau A., 6. Sitzung, S. 8, Z. 29-30)). Dieser traumatische Verlust zeigt sich u.a. durch enorme Angst vor einer Infektion durch andere Mitpatientinnen. Frau A. wird mit dieser Angst beim Klinikpersonal nicht ernst genommen, worüber Frau A. in große Aufregung gerät. Hinter der Angst vor einer Infektion verbirgt sich die Angst vor einem erneuten Verlust ihres Kindes:

„Und das Schlimmste, was mir natürlich passieren kann jetzt in der Situation sind irgendwelche Infektionen, und dann habe ich dann halt wirklich gefragt, ob ich in ein anderes Zimmer kann, ich würde mich nicht wohlfühlen und wie das denn aussieht für mich als Patientin, bin ich da irgendwelchen Gefahren ausgesetzt, kann ich da was kriegen, und da hat die Ärztin gesagt: Ach nee, also machen Sie einfach nur das Klo sauber, sprühen Sie mit Sagrotan drüber´...Ich bin dann wie eine Verrückte mit Lappen und Sagrotan (lacht) bewaffnet rumgelaufen und das dann bei zwei

Patientinnen hintereinander“ (Frau A., 4. Sitzung, S. 2, Z. 47-56). Innerhalb der Klinik wird Frau A. als übertrieben ängstlich erlebt („und die Ärztin hat gesagt: „Ach, völlig unbedenklich. Wir würden Sie ja nicht zusammenlegen. Putzen Sie nur wieder das Klo“ (Frau A., 4. Sitzung, S. 3, Z. 27-29).

Die Vorstellung einer Infektion aktualisiert die traumatische Erfahrung des Verlustes des ersten Kindes. In der Kunsttherapie kann sich Frau A. ihrem eigentlichen Schmerz langsam zuwenden, der sich hinter dieser enormen Angst verbirgt. Frau A. hat bis zu diesem Zeitpunkt wenig bis gar nicht über diesen Schmerz gesprochen, weil sie sich selbst unvermögend erlebte: *„ich konnte das auch niemandem erzählen...weil ich mich irgendwie so als Versager gefühlt hab“ (Frau A., 6. Sitzung, S. 11, Z. 28-30).*

Frau B. verarbeitet in ihrem sechsten Bild die Angst, das Baby könnte zu früh zur Welt kommen, indem sie haltende Hände um den schwangeren Bauch herum zeichnet. Innerhalb dieses Gestaltungsprozesses wird die Schwierigkeit des Haltens sowohl auf der gestalterischen Ebene, des Zeichnens der Hände, als auch in Bezug auf die Schwangerschaft (*„Meine Güte, dass das so schwierig ist, so ne Hand zu malen! Des hab ich gar nich gedacht!“*, Frau A., 5. Sitzung, S. 18, Z. 2-3; *„So wie ich mir des vorstell’ die Hand vorstellen kann’ (ähm) hab ich mir eigentlich auch meine Schwangerschaft vorgestellt, ne’. Also jetzt in Gedanken und hab gedacht: oah, des kann mer bestimmt ich hab mich darauf gefreut...Aber ich hab mirs halt nich so kompliziert vorgestellt“*, Frau B., 5.+6. Sitzung, S. 27, Z. 11-15). Der gestalterische Prozess verläuft parallel zum innerpsychischen Prozess. In der kunsttherapeutischen Sitzung wird zunächst auf der gestalterischen Ebene an der „Halteproblematik“ gearbeitet, d.h. an der Gestaltung der Hände. Gegen Ende der Sitzung wird der psychische Hintergrund dazu beleuchtet und mit der Gestaltung in Zusammenhang gebracht.

Frau B. thematisiert sprachlich auch das Thema Tod, wobei sie nicht von der Möglichkeit des Todes des Kindes spricht, sondern über ihren Umgang mit dem Phänomen Tod an sich. Dabei spricht sie über den Tod ihres Vaters, aber auch über den Umgang mit dem Thema Tod innerhalb ihrer Arbeit als Erzieherin. So nähert sich Frau B. im Therapieprozess auch der gedanklichen Möglichkeit, dass ihr Kind nicht gesund zur Welt kommen könnte, wenn nicht sogar tot: *„des warn halt so (äh) Erlebnisse, wo ich dann auch immer wieder drauf zurückgekommen bin, wo mer – denk ich ma auch dann, wenn jetzt so was ansteht wie mit dem Kind, dass mer da*

halt irgendwo ganz anders mit umgehen kann, wenn man sich damit schon ein bisschen auseinandergesetzt hat“ (Frau B., 4. Sitzung, S. 4, Z. 10-14).

11.5.9 Umgang mit Schuldgefühlen

Eine Schwangerschaft mit Komplikationen geht häufig mit Schuldgefühlen einher. Das Baby im Mutterleib ist völlig abhängig vom Verhalten der Mutter. Die Mutter bildet eine Symbiose mit dem Kind, beziehungsweise die Mutter ist eins mit dem Kind, und vieles was die Mutter tut, kann Auswirkungen auf das Kind haben. Aufgrund dieser Tatsache kann die Mutter Schuldgefühle entwickeln, weil sie sich verantwortlich fühlt für das Wohl des Kindes und sich als Auslöser für etwaige Komplikationen sieht. Dies ist sowohl bei Frau A. als auch bei Frau B. festzustellen⁵⁵.

Frau A. verbalisiert ihre Schuldgefühle bezüglich der Fehlgeburt des ersten Kindes: *„man fühlt sich ja auch so als Versager als Frau irgendwie...wenn sowas passiert, dann denkt man, was hätte ich anders machen können, hätt ich mehr aufgepasst, wär ich vielleicht nicht irgendwie rumgeturnt“ (Frau A., 6. Sitzung, S. 11, Z. 12-15).*

In Frau A.s Fall kommt noch erschwerend hinzu, dass sie den Verlust des ersten Kindes nicht ausreichend betrauern konnte und hinsichtlich dieses ersten Kindes noch Schuldgefühle verspürt: *„so kleine Babys, die unter 500 Gramm wiegen, die kriegen ja kein Grab...Und ich weiß, dass er im Nordfriedhof begraben ist, und ich war nie da...Ich hab da son schlechtes Gewissen war noch nicht mal am Nordfriedhof, weil ich da erstmal nicht hingehen wollte, und das einfach so weggedrückt habe“ (Frau A., 6. Sitzung, S. 10, Z. 29-41).*

Frau B. äußert ihre Schuldgefühle folgendermaßen: *„Hätt mer mal gehört auf unseren Körper, dann wär uns das sicherlich nich so passiert...Naja. Gut. Des kann man jetzt eh nicht rückgängig machen, ne. Vielleicht kann mer das nächste Mal draus lernen, dass man wirklich auf so Signale mal hört“ (Frau B., 3. Sitzung, S. 12, Z. 22-25).*

Die Oberärztin P. äußert sich im Expertinneninterview folgendermaßen: *„Schwangere denken immer, sie müssen alles für ihr ungeborenes Kind tun, sie müssen den ganzen Tag jetzt schon eine perfekte Mutter sein, und trauen sich mit vielen ihrer Bedenken oder auch ihrer Wut, warum muss ich jetzt hier liegen, gar nicht so nach außen. Und haben jetzt in der Kunsttherapie einfach noch mal eine Ausdrucksmöglichkeit, die auch nicht verbal sein muss“ (Expertinneninterv. Dr. P., S. 3, Z. 19-24).* Entlastung von Schuldgefühlen geschieht bereits beim Äußern, sei es

⁵⁵ Frau A.: Bildinterpretation Bild 6; Frau B.: Bildinterpretation Bild 3.

verbal oder in der Gestaltung. Schuldgefühle gehen häufig einher mit dem Gefühl von Scham. Bietet die Kunsttherapie einen akzeptierenden, annehmenden und wertschätzenden Rahmen, kann es den Frauen gelingen, sich selbst mit all ihren Empfindungen anzunehmen und zur Ruhe zu kommen.

11.5.10 Klärung der eigenen (neuen) Identität⁵⁶ und Identitätsfindung

Auch wenn die schwangeren Frauen bereits erwachsen sind, befinden sie sich innerhalb der Schwangerschaft, insbesondere während der ersten Schwangerschaft, in einem Prozess der Identitätsfindung. Sie tragen neues Leben in sich, sind eine eigenständige Person, die aber Verantwortung für einen neuen Menschen trägt. Die Schwangerschaft kann Auslöser sein, sich mit den Veränderungen bereits auseinanderzusetzen, die mit der Geburt des Kindes eintreten werden, wie zum Beispiel die Veränderung der Partnerschaft hin zur Familie, berufliche Veränderung, möglicherweise Umzug etc. Der gestalterische Ausdruck kann Identifikationsprozesse initiieren und Identitätsfindung unterstützen (siehe auch Kirchner et al 2006).

Frau A. befindet sich zum Zeitpunkt der Schwangerschaft in einer vielfältigen Umbruchssituation. Dies wird in ihrer „Freien Collage“ (5. Sitzung) deutlich. Frau A. gestaltet innerhalb der Collage verschiedene Bereiche, wie den geplanten Hausbau: *„vor allen Dingen Haus, da haben wir halt ganz viel drüber gesprochen, weil ähm, wir jetzt ein Haus planen, und wie wir das machen und alles“* (Frau A., 5. Sitzung, S. 6, Z. 12-13). Der Hausbau steht aber für das Fundament der Familie, das von Frau A. formulierte „Familienglück“ (Frau A., 5. Sitzung, S. 6, Z. 33). Neben dem Haus befinden sich noch Bilder zum Thema Partnerschaft und Mutterschaft, alles Bereiche, die sich durch die Schwangerschaft und zukünftige Geburt verändern. Frau A. setzt sich innerhalb der Kunsttherapie damit auseinander.

Frau B. befindet sich ebenfalls in einer Umbruchsphase. Vor der Schwangerschaft und der Geburt des Kindes lebte Frau B. recht unabhängig von ihrem Partner, sowohl räumlich als auch finanziell. Die bevorstehende Geburt des Kindes und die Komplikationen innerhalb der Schwangerschaft verändern die bestehende Partnerschaft hinsichtlich größerer Abhängigkeit voneinander, sowohl finanzieller als auch emotionaler Art:

⁵⁶ Identität: Nach Erikson (1977) bildet sich Identität über eine Vielzahl von Identifizierungen im Laufe der Kindheit und Jugend, wobei sie dennoch mehr als die Summe dieser Identifizierungen ist. Anerkennung des Individuums durch den anderen oder durch Gruppen mit immer wieder zu vollziehenden Abgrenzungen des

„(Äh) ich will ihn ja immer net unter Druck setzen, weil, wenn ich dann was sach, was ich so denk, des is immer ganz schwierig, weil er dann meint, das muss er jetzt machen“ und „wo ich sach: Jetzt mach Dir doch mal Gedanken‘! Und, ich bin halt ganz anders, ich möchte halt gern son bisschen vorneweg planen‘, (...) und er hat halt des Bedürfnis nicht. Er kann da spontaner entscheiden. Da sach ich: Jaa, es bin ja net nur ich, des is jetzt auch en Kind mit betroffen...und das bedarf schon einiger Planung. – Also, für mich “ (Frau B., 4. Sitzung, S. 18, Z. 3-21).

Frau B. setzt sich mit ihren Wünschen bezüglich ihrer Partnerschaft in der letzten GestaltungsSitzung auf der bildnerischen Ebene auseinander. Hier thematisiert sie ihr Bedürfnis und ihren Wunsch nach Halt und insbesondere Gehalten werden. Auf der Gestaltungsebene verwendet sie viel Zeit darauf, die Männerhände auszuarbeiten, die sie und den schwangeren Bauch umfassen (*„Ich denk auch die oberen Arme, die hätt ich gern unter Arme, oder eine Hand dass wir mit - dass ich noch mit festhal - gehalten wird“*, Frau B., 5. Sitzung, S. 16, Z. 17-18).

Die schwangeren Frauen befinden sich quasi an einer Umbruchsstelle, besonders wenn das erwartete Kind das erste ist, denn es wird aus einer Frau und Partnerin eine Mutter, und aus dem Paar wird eine Familie. Und diese muss sich erst entwickeln.

11.5.11 Ästhetische Erfahrung und Flow

In beiden untersuchten Fällen zeigen sich Strukturmerkmale von ästhetischer Erfahrung (Peez 2005, S. 14-15) und des von dem Psychologen Mihaly Csikszentimihaly definierten Flows (Csikszentimihaly 2000). Diese beiden Termini, ästhetische Erfahrung und Flow, stammen aus unterschiedlichen Theorien, die ästhetische Erfahrung aus der kunstpädagogischen Forschung (Peez 2005, Kämpf-Jansen 2001), das Flowerlebnis aus der Kreativitätsforschung (Csikszentimihaly 1995, Csikszentimihaly 2000, Csikszentimihaly 2008), sie beschreiben aber m.E. einige ähnliche Elemente (s.u.).

Der US-amerikanische Philosoph und Pädagoge John Dewey schreibt in seinem 1934 erstmals veröffentlichten Buch „Art as Experience“ von Ereignissen, „die das Auge und Ohr des Menschen auf sich lenken, sein Interesse wecken, und, während er schaut und hört, sein Gefallen hervorrufen“ (Dewey 1980, S. 11). Ludwig Duncker bezieht in seine Definition von ästhetischer Erfahrung noch das Strukturmerkmal der

Individuums von diesen tragen zur Bildung eines eigenen Positionsmusters innerhalb der Gesellschaft bei (Stumm/ Pritz 2000)

Überraschung und des Staunens ein, denn nicht jede Wahrnehmung stelle sofort eine ästhetische Erfahrung dar, sondern erst „wo etwas Widerständiges und Unerwartetes eintritt, dessen man mit Hilfe der Sinne gewahr wird“, könne ein Erfahrungsprozess ausgemacht werden (Dunker 1999, S. 11).

Frau B. schildert, wie sie angeregt durch schönes Licht im Raum mit einem Bild begann, zwischendrin eine Frustration erlebt, weil das Sonnenlicht mit der Zeit verschwand, dann aber um so erfreuter über das Ergebnis war:

- Frau B.: Und ich hab da auch angefangen so um ne Uhrzeit', wo, wenn die Sonne hier (ähm) rumkommt, dann leuchtet des die Wand hier an.
- P.S.: Hmhm'.
- Frau B.: Die kommt nich ganz rum. Und da hab ich angefangen und da war diese Wand angeleuchtet und dann war des so en schönes Licht beim Malen. –
- P.S.: Ja'.
- Frau B.: - Und dann war ich ganz gfrustet, weil die war recht schnell weg, und dann musst ich so dieses hässliche Neonlicht hinter mir anmachen, und saß mir auch dauernd im Licht', und hab dann eigentlich auch erst am nächste Tag gesehen, wie leuchtend des geworden ist. Da war ich dann ganz, ganz erstaunt selber, weil es gefällt mir total gut.
- P.S.: Hmhm'.
- Frau B.: (hmmh') (...)
- P.S.: Das freut Sie auch, das anschauen jetzt.
- Frau B.: Ja.
- P.S.: Was da raus gekommen ist. –
- Frau B.: Ja, total.
(Frau B., 3. Sitzung, S. 9, Z. 32-4)

Ästhetische Erfahrungen können sowohl rezeptiv als auch produktiv gemacht werden, d.h. im Erleben der eigenen Wahrnehmung in Verbindung mit eigenem Schaffen, aber auch nur in der Betrachtung. Georg Peez schreibt über ästhetische Erfahrung:

„Involviertsein in eine Tätigkeit in Verbindung mit der Faszination, die vom Wahrnehmungsakt innerhalb dieser Tätigkeit selbst ausgeht“ (Peez 2005, S. 14).

Folgende weitere Strukturmerkmale, die laut Peez (Peez 2005, S. 14-15) zu einer ästhetischen Erfahrung gehören sind ebenfalls zu entdecken, zum Beispiel:

- die Aufmerksamkeit für Ereignisse und Szenen, die gefallen und Interesse wecken („Da war ich dann ganz, ganz erstaunt selber, weil es gefällt mir total gut“, Zitate aus Therapiesitzung),
- unmittelbares Erleben der Wahrnehmung („wenn die Sonne hier (ähm) rumkommt, dann leuchtet des die Wand hier an“),
- Offenheit und Neugier, Versunkensein im Augenblick („und ich hab dann auch gar nich Abend gegessen, das stand dann ewig da“),
- ebenso Selbstgenügsamkeit, emotionales Involviertsein, Genuss der Wahrnehmung selbst, Freude, Spaß (hab dann eigentlich auch erst am nächste Tag

gesehen, wie leuchtend es geworden ist. Da war ich dann ganz, ganz erstaunt selber, weil es gefällt mir total gut“),

- Lustempfinden („dann war das so ein schönes Licht beim Malen“),
- Spannung und Überraschung („also unsere Sitzungen, ja das war wie so ein Paket, das man auspackt und weiß eigentlich nicht, was so passiert, das war ziemlich interessant und spannend finde ich“),
- Staunen („Da war ich dann ganz, ganz erstaunt selber, weil es gefällt mir total gut“),
- Erleben von Subjektivität, Individualität in der Wahrnehmung,
- Anregung der Fantasie.

Weitere kunstpädagogische Positionen hinsichtlich der ästhetischen Erfahrung finden sich bei Helga Kämpf-Jansen (Kämpf-Jansen 2001) und Gert Selle (Selle zit. In: Peez 2002, S. 21).

Ein entscheidender Faktor für ästhetische Erfahrung ist die Reflexion über die eigene Wahrnehmung, denn sie bewirkt die nötige Distanz zum eigenen Wahrnehmungserleben zum Abschluss der ästhetischen Erfahrung.

Durch das Gespräch innerhalb der kunsttherapeutischen Sitzungen reflektieren die Frauen über ihre Wahrnehmung innerhalb des gestalterischen Prozesses, aber auch quasi rezeptiv, bei der abschließenden Betrachtung des Entstandenen, das durch Drehen und Wenden und des Betrachtens aus der Nähe und der Ferne neue Wahrnehmungen ermöglicht.

Das von dem Professor für Psychologie Mihály Csíkszentmihályi innerhalb der Kreativitätsforschung beschriebene „Flowerlebnis“ (2008) weist ähnliche Elemente wie die der ästhetischen Erfahrung auf. Mit Flow (engl. fließen, rinnen, strömen) wird das lustbetonte Gefühl des völligen Aufgehens in einer Tätigkeit bezeichnet, auf Deutsch in etwa *Schaffensrausch* oder *Tätigkeitsrausch*, *Funktionslust*.

In beiden untersuchten Fällen wird in Hinblick auf das so genannte Flowerlebnis (Csíkszentmihályi 2008) ein verändertes Erleben der Zeit deutlich.

Bei Frau A. zeigt sich die Veränderung des Zeitempfindens, das völlige Versunkensein, beispielsweise in folgender Sequenz:

P.S.: Sie haben jetzt noch fünf Minuten Zeit,
Frau A.: Fünf Minuten!
P.S.: die Sie für sich nutzen können. Ja.
Frau A.: Ehrlich, hab ich jetzt schon so lange rumgemalt. Oh Gott! (lacht etwas)...Wahnsinn
(2 Minuten 11 sek. Pause)
(Frau A., 9. Sitzung, S. 10, Z. 25-29)

Sie war erstaunt, wie schnell die Stunde zu Ende war und wie sehr sie sich in das Malen vertieft hatte. Dies ist ein Kennzeichen für ein so genanntes „Flow“.

Frau B. beschreibt ebenfalls ein Flowerlebnis nach einer Kunsttherapiestunde, als sie an ihrem Bild weiterarbeitete:

„Also da war einfach auch so der Moment, da wollt was raus' und dann hab ich des so dann genutzt, des fand ich' (ähm) (...) (äh) ganz entspannend für mich'. Und kann – konnt dann auch sagen: Ich hab keine Pause gemacht. Ich hab mir überlegt, ob ichs noch mal wegleg. Und (hh) dann (äh) kam auch Störung, und Thrombosespritze, und ich hab dann auch gar nich Abend gegessen, das stand dann ewig da, und –
(hhh) die ham dann schon en paar Mal gefragt (hmm'hmm').“ (Frau B., 3. Sitzung, S. 11, Z. 20-28)

Neben dem veränderten Gefühl für Zeitabläufe können auch noch weitere Punkte, die für ein „Flow“ benannt wurden, beobachtet werden:

- Sich der Aktivität gewachsen fühlen („da wollt was raus und hab ich des so dann genutzt“, Zitate aus Therapiesitzung s.o.),
- die Fähigkeit, sich auf das Tun zu konzentrieren („ich hab keine Pause gemacht“),
- das Gefühl der Kontrolle über die eigene Aktivität („ich hab mir überlegt, ob ich's noch mal wegleg“),
- die Sorgen verschwinden zeitweilig („das fand ich ganz entspannend für mich“),
- die Tätigkeit hat ihre Zielsetzung bei sich selbst („da wollt was raus“) (Csikszentmihalyi 2000).

Frau A. beschreibt auch das Erleben von Spannung und Überraschung innerhalb der Kunsttherapie, was unter anderem für Strukturmerkmale ästhetischer Erfahrung spricht:

„also unsere Stunden, ja das war wie so ein Paket, das man auspackt und weiß eigentlich nicht, was so passiert, das war ziemlich interessant und spannend finde ich“ (Frau A., 8. Sitzung, S. 6, Z. 32-34).

Die Phänomene der ästhetischen Erfahrung und des Flows ließen sich im Rahmen eines kunstpädagogischen Settings in einer eigenen Forschungsarbeit noch wesentlich genauer untersuchen. Es scheint, dass eine Unterscheidung beider Phänomene in Hinblick auf die Reflexion besteht. Zur ästhetischen Erfahrung gehört die eigene Reflexion, zum Flow m.E. nicht.

11.6 Forschungsmethodische Reflexion

Nachdem der Inhalt resümierend betrachtet wurde, wird im Folgenden ein Fazit der forschungsmethodischen Aspekte gezogen.

Grundsätzlich war die Wahl eines zum Großteil qualitativ-empirischen Forschungsdesigns mit der phänomenologischen Analyse als Auswertungsmethode angemessen. Denn auf diese Weise konnten innerlich ablaufende Prozesse erfasst werden, worauf die Forschungsfragen zielten.

Das Material stellte sich als so umfangreich und aussagekräftig heraus, obwohl lediglich zwei Einzelfälle untersucht wurden, so dass die Ergebnisse der beiden Fallanalysen als Basis der Interpretation verwendet werden konnten.

11.6.1 Fazit zur Materialerhebung

Die Materialerhebung umfasste fünf Bereiche:

1. Beobachtungsprotokolle der einzelnen Therapiesitzungen,
2. Audioaufzeichnung der Therapiesitzungen
3. Bildmaterial der entstandenen Bilder und Objekte,
4. Expertinneninterviews (mit zwei Oberärztinnen der Frauenklinik),
5. Fragebögen zur Erfassung der Veränderung von Symptomen und der subjektiv erlebten Belastung.

• Erhebung der Beobachtungsprotokolle

Die Beobachtungsprotokolle entstanden im direkten Anschluss an jede Therapiesitzung. Sie umfassen die Beschreibung des Ablaufs und Verlaufs der Therapiesitzungen und meine Wahrnehmung als Kunsttherapeutin u.a. in Hinblick auf die Patientin und die entstehende Therapeutin-Klientin-Beziehung. Die Beobachtungsprotokolle dienten auch zur besseren Kommunikation zwischen mir, der Kunsttherapeutin, und der leitenden Oberärztin, da oftmals ein ausgiebiges persönliches Gespräch zeitlich nicht möglich war.

• Erhebung der Audioaufzeichnung

Die Aufnahmen der Therapiestunden (neun Stunden à 50 Minuten mit Frau A. und sieben Stunden mit Frau B.) wurden von mir als für den jeweiligen Fall zuständige Kunsttherapeutin selbst vorgenommen, um die eigene Arbeit qualitativ überprüfen zu können. Dadurch, dass außer den Patientinnen und der Kunsttherapeutin niemand

zugegen war, konnte ein hohes Maß an Vertrautheit im therapeutischen Prozess entstehen. Als Nachteil erscheint im Nachhinein, dass bereits bevor das Aufnahmegerät eingeschaltet wurde, oft wichtige Informationen ausgetauscht wurden, beispielsweise über die momentane Befindlichkeit der Patientin. Um dies zu vermeiden, hätte eine andere Person die Patientin in das vorbereitete Zimmer bringen müssen, so dass mit Beginn der Aufnahme auch der Kontakt zwischen Patientin und Kunsttherapeutin entsteht. Dies war aber nicht möglich, da beispielsweise das Pflegepersonal ohnehin mit der anfallenden Stationsarbeit überlastet war. Dieses Manko versuchte ich dadurch zu verringern, dass ich aus dem Gedächtnis heraus wichtige Informationen, die vor Beginn der Therapiesitzung ausgetauscht wurden, den Textprotokollen voranstellte.

Für weitere Forschungen in diesem Bereich wäre es sicherlich sinnvoll, neben der Tonaufnahme noch Videomaterial zu generieren, weil dadurch nicht nur die gehörten, sondern auch die sichtbaren emotionalen Äußerungen in Mimik und Gestik dokumentiert wären. Es wäre außerdem spannend zu sehen, wie sich der nonverbale Gestaltungsprozess entwickelt.

- **Erhebung des Bildmaterials**

Das Bildmaterial, also die Fotos der entstandenen bildnerischen Werke und Objekte, wurde im Anschluss an jede Kunsttherapiestunde mit einer analogen Spiegelreflexkamera aufgenommen. Die Qualität der Fotoaufnahmen ist nicht optimal. Zum damaligen Erhebungszeitpunkt (Herbst 2003 bis Frühjahr 2004) hatte ich noch keine Digitalkamera zur Verfügung. Die Aufnahmen sind deshalb nicht digital erstellt worden, somit mussten sie für die Arbeit gescannt werden, was zusätzlich einen Qualitätsverlust verursacht. Von höherer Bedeutung ist allerdings, dass beispielsweise bei einer Collage manche Elemente nicht gut zu erkennen sind, da der Blitz reflektiert. Hier wäre ebenfalls die Digitaltechnik von Vorteil gewesen, da sie eine sofortige Kontrolle der Aufnahme ermöglicht hätte und gegebenenfalls weitere Aufnahmen hätten gemacht werden können, bis die Qualität des Bildmaterials den Anforderungen genügt. Die Bilder wurden unmittelbar im direkten Anschluss an die Therapiesitzung mit einer Spiegelreflexkamera fotografiert. Es besteht nicht die Möglichkeit, die Bilder nochmals zu fotografieren, um eine optimale Bildqualität zu erlangen, da die betreffende Patientin unbekannt verzogen ist und möglicherweise eine Namensänderung durch Heirat vollzogen hatte. Dies macht

deutlich, wie wichtig es ist, großen Wert auf die Qualität des visuellen Bildmaterials zu legen.

- **Erhebung der Expertinneninterviews (mit zwei Oberärztinnen)**

Die beiden Expertinneninterviews in Form von Leitfadeninterviews mit zwei Oberärztinnen der Frauenklinik wurden von einem ärztlichen Psychotherapeuten und Pädagogen durchgeführt, der sich in Gesprächsführung auskennt, und dem die Kunsttherapie in groben Zügen bekannt ist. Der Grund, warum ich als Kunsttherapeutin und Forschende die Interviews nicht selbst führte, war, dass sich meine Bekanntheit und mögliche Sympathie nicht auf die Antworten beschönigend auswirken sollten, sich die Interviewten im persönlichen Kontakt nicht gehemmt fühlen und sich somit kritischer äußern können. Die Interviews dauerten jeweils ungefähr 15 Minuten und wurden mit einem Mini-Disk-Aufnahmegerät festgehalten. Die Interviewleitfragen zielen auf das Kontextwissen der Oberärztinnen und orientieren sich am Forschungsfokus dieser Arbeit.

Die Antworten auf die folgenden Interviewleitfragen sind vollständig im Anhang nachzulesen:

Interviewleitfaden

1. Welche praktischen Erfahrungen haben Sie als Oberärztin der Frauenklinik bei der Einführung und Umsetzung der Kunsttherapie mit schwangeren Frauen in der Klinik gemacht?
2. Welche Schwierigkeiten und Problembereiche haben Sie wahrgenommen?
3. Wie bewerten Sie einzelne Aspekte der Kunsttherapie mit Risikoschwangeren innerhalb der Frauenklinik?
4. Wie schätzen Sie die Wirkungen der Kunsttherapie für die betroffenen Schwangeren und die noch ungeborenen Babys ein?
5. Wie beurteilen Sie die Integration der Kunsttherapie in das Gesamtkonzept der Frauenklinik? Wie beurteilen Sie die finanzielle Regelung?
6. Gibt es Ihrer Meinung nach noch nicht angesprochene Punkte, die dennoch von Relevanz sind? (zum Schluss)

Neben der Erhebung der ärztlichen Sichtweise wäre eine Befragung des Pflegepersonals sicherlich ebenfalls aufschlussreich gewesen, da die Schwestern engeren Kontakt zu den Patientinnen haben, allein durch die Häufigkeit des Kontaktes.

- **Erhebung der Fragebögen**

Die Testfragebögen wurden zu verschiedenen Zeitpunkten verteilt und ausgefüllt. Die Kieler Änderungssensitive Symptomliste (Zielke 1979) und der Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (Zielke/Kopf-Mehnert 1978)

wurden zu Beginn der Kunsttherapie und zum Abschluss der Kunsttherapie ausgefüllt, um positive oder negative Veränderungswerte in diesem Vergleichszeitraum zu messen. Zudem wurden im Anschluss an jede Therapiestunde Stunden-Nacherhebungs-Fragebögen in Anlehnung an Eckert (1974) verwendet.

11.6.2 Resümee in Bezug auf die Materialaufbereitung

Für diese Arbeit war es von besonderer Bedeutung, die Informationen aus den Therapiestunden zu anonymisieren, weil sie viel Persönliches und Privates enthalten und ich als Kunsttherapeutin der Schweigepflicht unterliege. Insbesondere ein Foto eines gestalteten Lebenslaufes musste digital bearbeitet werden, um persönliche Informationen zu verändern, die ein Erkennen der Patientin ermöglichen würden.

- **Aufbereitung der Beobachtungsprotokolle**

Die Beobachtungsprotokolle entstanden mit Hilfe von kurzen Notizen, die ich im direkten Anschluss an die Therapiesitzung fixierte, als Niederschrift am Computer.

- **Aufbereitung der Audioaufzeichnung**

Das Transkribieren der Therapiestunden vollzog ich selbst, das Transkribieren des zweiten Falles wurde zur Hälfte von einer Schreibkraft übernommen, da diese Arbeit enorm viel Zeit verschlingt, die demnach nicht zum Schreiben der Arbeit zur Verfügung steht. Sicherlich ist es einerseits sinnvoll, als Forschende selbst zu transkribieren, um bereits während dieser Arbeit Sinnzusammenhänge zu erfassen und bedeutsame Aussagen markieren zu können. Da ich aber als Forschende selbst in der Therapiestunde zugegen war, also Atmosphäre und Klang der Stimme etc. miterlebte, ist es nicht so bedeutsam die Tonaufnahme durch die Transkription genau zu kennen, als wenn die aufgenommene Situation völlig fremd wäre. Dennoch wurde jede Transkription von mir als Forschende mit der jeweiligen Bandaufnahme verglichen, allein deshalb schon, weil einige Passagen für die externe Schreibkraft nicht verständlich waren.

Die Transkription hat regionale Sprachfärbungen berücksichtigt, die verbalen Äußerungen sind somit in ihrer Ursprünglichkeit erhalten geblieben. Der Grund hierfür war, die Atmosphäre innerhalb der Stunde festzuhalten. Sichtbar, beziehungsweise hörbar, wurde auch, dass sich die empathische Haltung von mir als Kunsttherapeutin bis zum Gebrauch von Dialekt ausdrückt (besonders bei Frau B., deren Sprachgebrauch sehr regionale Färbung trägt), was an manchen Stellen das Lesen des Textes etwas erschwert.

- **Aufbereitung des Bildmaterials**

Das Bildmaterial, also die Fotos der entstandenen Bilder und Objekte, wurde zunächst auf Papier entwickelt, weil es keine Digitalfotografie war, und im Anschluss daran wurden die Bilder eingescannt, um sie digital bearbeiten zu können. An dieser Stelle sei betont, dass es die Arbeit erleichtert hätte, digitale Fotos durch eine Digitalkamera zu haben, zum einem um die Bildqualität sofort überprüfen zu können, zu ändern, weil der Arbeitsschritt des Einscannens weggefallen wäre.

- **Aufbereitung der Expertinneninterviews**

Die Expertinneninterviews wurden wörtlich von mir transkribiert und sind im Anhang vollständig nachzulesen. Da die Menge des zu transkribierenden Inhalts nicht so umfangreich war und ich während der Interviewsituation nicht zugegen war, habe ich die Expertinneninterviews selbst transkribiert, um die Interviewsituation und ihre Atmosphäre besser erfassen und verstehen zu können.

- **Aufbereitung der Fragebögen**

Für die Aufbereitung der Testfragebögen der Kieler Änderungssensitive Symptomliste (Zielke 1979) und dem Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (Zielke/Kopf-Mehnert 1978) verwendete ich Auswertungsschablonen. Im Grunde ist dies aber schon Teil der Auswertung. Bei den zu jeder Sitzung verwendeten Klientinnen-Fragebögen extrahierte ich die zum Forschungsfokus passenden Fragestellungen und erstellte mit dem Excelprogramm entsprechende graphische Abbildungen, die eine prozentuale Auskunft über Zustimmung und Ablehnung in verschiedenen Abstufungen verdeutlichen (von völliger Zustimmung, Zustimmung, geringe Zustimmung, geringe Ablehnung, Ablehnung bis hin zu völliger Ablehnung).

11.6.3 Zusammenfassung in Bezug auf die Materialauswertung

Die Auswertung stützte sich hauptsächlich auf die Interpretation des Bildmaterials und des Textmaterials der transkribierten Kunsttherapiestunden. Die Aussagen aus den Expertinneninterviews und die Auswertung der Fragebögen wurden als ergänzendes Material hinzugezogen und unterstützen die Ergebnisse.

- **Auswertung der Beobachtungsprotokolle**

Die Beobachtungsprotokolle dienten als eine Art Überblick oder Zusammenfassung der jeweiligen Therapiesitzungen. Sie lieferten Informationen über den Ablauf und Verlauf der Stunden, aber auch Details über meine Wahrnehmung als Kunsttherapeutin hinsichtlich der sich entwickelnden Beziehung zwischen mir und

der Patientin. Da die Materialauswertung sich mehr auf die Interpretation des Bildmaterials und der Transkriptionen stützt, verwendete ich die Beobachtungsprotokolle als zusätzliche Quelle, die mir einen schnellen Einstieg und einen Überblick über die jeweilige Therapiestunde verschaffte.

- **Auswertung des transkribierten Textes der Therapiestunden**

Die Auswertung der verbalen Äußerungen innerhalb der Kunsttherapie basiert auf der Phänomenologischen Analyse (S. 83, Phänomenologisches Forschungsverfahren). Es wird hierbei „an der Perspektive der einzelnen Menschen angesetzt (...), an ihren subjektiven Bedeutungsstrukturen, ihren Intentionen“ (Mayring 2002, S. 107). Bei diesem Interpretationsverfahren steht die Erfahrung des Einzelnen im Zentrum, anhand deren sich durch die Beispielhaftigkeit und im Vergleich mit einem weiteren Fall verallgemeinernde Schlüsse ziehen lassen. Peez schreibt hierzu, dass ein Fall „intersubjektiv so interpretiert sein (muss), dass eine überzeugend dargestellte Exemplarik einzelner Aspekte argumentativ allgemein gültige Aussagen ermöglicht“ (Peez 2000, S. 23).

Die Interpretationen der beiden untersuchten Fälle wurden demnach eng an dem Erleben der Patientinnen orientiert vorgenommen. Und im Vergleich konnten übergeordnete Strukturen und Erkenntnisse festgehalten werden, die auf einer abstrakteren Ebene Wirkungsweisen der Kunsttherapie darstellen (siehe auch: S. 244, Analyseergebnisse im Vergleich: emotionale Stabilisierung und Entspannung, Entlastung durch bildnerischen Ausdruck und verbale Selbstexploration von Emotionen, Selbstwahrnehmung und Selbsterkenntnis, Ich-Aktivierung, , Ich-Stärkung, Kommunikation durch bildnerischen Ausdruck, Umgang mit Ängsten vor der Geburt - Klärung von Konflikten und Ambivalenzen durch bildnerischen Ausdruck, Umgang mit Ängsten vor einer Frühgeburt, Umgang mit Schuldgefühlen, Klärung durch Identifikationsprozesse sowie ästhetische Erfahrung und Flow.

- **Auswertung des Bildmaterials**

Die Materialauswertung stützte sich zum einen auf die Bildanalyse mit einem biographisch-psychologischen Ansatz, d.h. Informationen aus dem biographischen Hintergrund der Patientin wurden zur Bildinterpretation herangezogen. In einem ersten Schritt wurden die entstandenen Bilder genau beschrieben, auch in der Art, wie sie entstanden sind. Dann folgte die Schilderung des biographischen Hintergrundes, der durch einen Lebenslauf der Patientin und Schilderungen im Therapieverlauf deutlich wurde. Im Anschluss daran wurden die Bilder interpretiert an

Hand der eigenen Aussagen der Patientin und der Deutungsversuche der Forschenden. Die Forschungsgruppe, der die Bilder zunächst ohne näheren Hintergrund vorgelegt wurden, äußerte Interpretationen und Deutungen. Anhand dieser Informationen überprüfte ich meine Interpretationsansätze auf ihre Plausibilität. Die Fotos der Bilder und eines Tonobjektes, die biographischen Daten und die Transkripte sowie die Aussagen der Forschungsgruppe (siehe auch S. 274) bieten ausreichend Material zur Interpretation.

- **Auswertung der Expertinneninterviews (Leitfadeninterviews)**

Die Aussagen aus den Leitfadeninterviews zweier Oberärztinnen der Frauenklinik wurden zur Interpretation argumentativ hinzugezogen. Die Interviews umfassten je einen Zeitumfang von ungefähr einer viertel Stunde und sind nicht so umfassend wie die transkribierten Therapiestunden. Dennoch geben die Antworten einen angemessenen Einblick in die Wahrnehmung der Kunsttherapie in der Frauenklinik aus ärztlicher Sicht und ergänzen die aus der Phänomenologischen Analyse der Therapiesitzungen gewonnen Ergebnisse.

- **Testauswertung**

Die Ergebnisse der Testauswertung wurden mit den Ergebnissen der Analyse der Therapiestunden verglichen und hinzugezogen. Sie ergänzen die aus der Phänomenologischen Analyse der Therapiesitzungen gewonnen Ergebnisse und sind neben den Expertinneninterviews eine weitere Quelle zur Überprüfung der Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse, die auf der Interpretation von Text und Bild beruhen.

11.6.4 Reflexion der eigenen Rolle als Forscherin

In den vorangestellten Kapiteln werden bereits einige Aspekte meiner eigenen Rolle als Forschende deutlich. Grundlegend für diese Untersuchung ist, dass ich gleichzeitig sowohl Kunsttherapeutin als auch Forschende bin, und ich außer der Transkription der aufgenommenen Fallstunden und der Aufnahme der Expertinneninterviews alle Bereiche selbsttätig übernahm. Insbesondere bei der Interpretation der Bilder unterstützte mich teilweise eine Forschungsgruppe von anderen Promovierenden, quasi als Korrektiv, um keine einseitigen oder nicht nachvollziehbaren Interpretationslinien zu verfolgen und meine eventuelle Voreingenommenheit im Hinblick auf die Forschungsergebnisse zu überprüfen. Von dieser „Doppelrolle“ profitierte ich einerseits als Therapeutin, da ich genauer auf die tatsächlichen Auswirkungen meiner Interventionen schaute, andererseits aber auch

als Forscherin, da ich tiefere Einblicke in den untersuchten Gegenstand gewinnen und feststellen konnte, welche Methoden dem Gegenstand angemessen sind und wo Veränderungen im forschungsmethodischen Vorgehen angebracht erscheinen. Durch die qualitativ-empirische Untersuchung des gesprochenen Wortes (Transkription der kunsttherapeutischen Sitzungen), der bildnerischen Therapieergebnisse und der Einbeziehung der biographischen Daten der Klientinnen konnte ich meine eigene Professionalität kritisch überprüfen und steigern. Dies geschah im Sinne einer Verlangsamung der Wahrnehmung und Betrachtung des eigenen Tuns, um dadurch mehr Bewusstheit über mein Handeln zu erlangen. Durch regelmäßige Supervision – als Teil meiner professionellen therapeutischen Tätigkeit – erlange ich zwar ebenfalls mehr Bewusstsein über mein Handeln, aber durch diese intensive Arbeit am exakten Wortlaut durch die Tonaufnahme wurde mir deutlich, welche teils bisher wenig beachteten Merkmale besonders in diesem Tätigkeitsfeld mit Risikoschwangeren bedeutsam sind.

Als Beispiel möchte ich hier anführen, dass es sich als hilfreich und sinnvoll erwies, zu Beginn der Kunsttherapie eher stabilisierende Übungen zum Einstieg anzubieten (S. 41, Phantasiereisen und Imagination), in Verbindung mit körperlichen Entspannungsverfahren oder der Funktionellen Entspannung nach Marianne Fuchs (S. 39, Funktionelle Entspannung (FE)), da sich die Patientinnen in einer krisenhaften Situation befinden. Die Einstiegsübung des „Blinden Kritzels“ beispielsweise, die ich in anderen Kontexten gerne verwende, hat sich in der kunsttherapeutischen Arbeit mit Risikoschwangeren als teilweise kontraproduktiv erwiesen. Der „Blinde Kritzeln“ ermöglicht ein Umgehen der kognitiven Kontrolle, da er mit der nicht-dominanten Hand und mit geschlossenen Augen ausgeführt wird. Dadurch können sich in der anschließenden Betrachtung und Bearbeitung unbewusste Themen schnell verbildlichen. Da sich die Patientinnen in der momentanen Situation in einer akuten Krise befinden, kann sich durch den „Blinden Kritzeln“ das krisenhafte Erleben kurzfristig verstärken. Und dies könnte die Frauen noch mehr belasten und sich eventuell sogar negativ auf deren Schwangerschaftsverlauf auswirken. In beiden untersuchten Fällen zeigte sich im Anschluss an den „Blinden Kritzeln“ zunächst Irritation und eine eher bedrückende Stimmung, wobei eine der Patientinnen die Übung zur Selbsterkundung nutzen konnte. Der „Blinde Kritzeln“ kann Unbewusstes verdeutlichen, was zu diesem Zeitpunkt zusätzlich belastend sein kann. Ich verwende diese Übung seit meiner genauen Analyse anhand des empirischen

Materials zwar nicht mehr zu Beginn, sondern eher im späteren Therapieverlauf, wenn ich die psychische Belastung der Patientin besser einschätzen kann. Aber dieses bewusste, reflektierte Einsetzen wurde mir durch die genaue Betrachtung der Wirkung auf die Schwangeren erst deutlich.

Als Kunsttherapeutin gelange ich für eine gewisse Zeit in sehr intensiven Kontakt mit den schwangeren Frauen. Sie teilen mir teils recht intime Inhalte mit, für die Zeitspanne des Klinikaufenthaltes werde ich quasi Bezugsperson und Vertraute. Hierfür ist das vertrauensvolle Verhältnis von entscheidender Bedeutung, eine Beziehung, die im Sinne von Carl Rogers Grundhaltungen der Empathie, Akzeptanz, Wertschätzung und Kongruenz geprägt ist. Auf dieser Basis, die ich als entscheidend beurteilen möchte, kann sich ein produktiver therapeutischer Prozess entwickeln. An dieser Stelle könnte ein Spannungsfeld entstehen, nämlich dass ich einerseits Therapeutin mit einer annehmenden Haltung bin, andererseits Forschende mit einem analytisch-distanzierten Blick auf das gesprochene Wort und die bildnerischen Gestaltungen. Diese Spannung ermöglicht es aber, dass die Forschung nicht am Menschen und seinen Interessen vorbei geschieht, sondern im Sinne des Menschen für eine bessere (kunst)therapeutische Arbeit.

So erscheint es mir wesentlich, im „Tempo der Patientin“, d.h. wenn es für die Patientin an der Zeit ist, an belastenden Themen zu arbeiten, wie beispielsweise eine Patientin von einem erlittenen Spätabort berichtete im Zuge der Gestaltung der „Lebenslinie“. Gleichzeitig betonte sie immer wieder, darüber nicht sprechen zu wollen, weil sie dies als zu belastend erlebte. Nach mehrmaligem Ansprechen des Themas, wurde ihre Ambivalenz deutlich, einerseits nicht darüber sprechen zu wollen, andererseits doch darüber sprechen zu wollen, sprach ich die Ambivalenz an und griff schließlich vorsichtig das Thema wieder auf, das sich schon über mehrere Sitzungen hinweg in den Gestaltungen angekündigt hatte. So gelang es dieser Patientin in dem für diesen Zeitpunkt möglichen Maß, die Trauer über den Verlust des ersten Kindes zu integrieren. Meine Vorsicht erscheint mir im Nachhinein sehr wichtig gewesen zu sein, um die Patientin nicht mit dem Erleben von überwältigendem Schmerz zu überfordern. Gerade anhand des erhobenen empirischen Materials konnte ich diese Entwicklung im Nachhinein detailliert nachvollziehen, inklusive meines eigenen Verhaltens und meiner eigenen Reaktionen auf die Andeutungen der Klientin. In der Bildanalyse war das Thema der zu frühen Geburt des ersten Kindes bereits im ersten Bild angelegt und wurde erst

durch die Analyse deutlicher erkennbar. In diesem Sinne kann ich abschließend sagen, dass sich meine beiden Rollen der Forscherin und der Kunsttherapeutin gegenseitig ergänzt und bereichert und zu einem besseren Verständnis beigetragen haben.

11.7 Schlüsse, die sich aus dieser Studie ergeben

Die vorliegende Untersuchung hat gezeigt, dass die Kunsttherapie mit Risikoschwangeren bestimmte Wirkungen auf das subjektive Erleben der Schwangeren zur Folge hat.

In beiden untersuchten Fällen wurde deutlich, dass sich das subjektive Stresserleben der sich in stationärer Bettruhe befindenden Schwangeren durch die Möglichkeit reduzierte, sich sowohl auf der gestalterischen Ebene als auch auf der Sprachebene ausdrücken zu können und dabei in Kommunikation mit der Therapeutin zu treten. Ebenfalls wurde deutlich, dass belastende Gefühle bearbeitet werden konnten, wie beispielsweise: Ängste vor einer Früh- oder Fehlgeburt, Ängste vor der Geburt an sich und den Geburtsschmerzen, Schuldgefühle in Hinblick auf die Komplikation oder die Umstellung von der Partnerschaft auf Familie. Ambivalente Empfindungen bezüglich einer Veränderung der Rollenverteilung zwischen Mann und Frau, Beruf und Familie konnten bearbeitet werden, was zur psychischen Entlastung beigetragen hat.

Die Selbsterforschung und die damit einhergehende Selbsterfahrung dienen als Bewältigungsstrategien im Umgang mit der Krise und können einer weiteren Somatisierung innerer Konflikte oder Verstärkung der Symptomatik entgegenwirken. Der aktive Umgang mit der Krise und der erlebten Abhängigkeit fördert die Ich-Aktivierung und Ich-Stärkung, so dass sich die Frauen nicht nur als ohnmächtig erleben müssen.

Die Entspannung als angeleitete Methode, aber auch die Entspannung durch die Gestaltung dienten als Faktor zur Bewältigung der akuten Krise und sind als zusätzliche Therapie zur medikamentösen Therapie als hilfreich einzustufen. Dies bestätigte sich u.a. durch die Expertinnen-Interviews mit den behandelnden Ärzten. Die Kunsttherapie kann Flow-Erlebnisse und Momente ästhetischer Erfahrung mobilisieren, was zu einer Steigerung des allgemeinen Wohlbefindens und der subjektiv empfundenen Lebensqualität beiträgt. Dieses Ergebnis festigte sich triangulativ u.a. durch die Auswertung der evaluativen Erhebungsbögen jeweils am

Ende der Therapiesitzungen und durch die Interpretation der Äußerungen der Patientinnen während der Sitzungen.

Aus der genauen Betrachtung beider Fälle sind einige Punkte deutlich geworden, die für die weitere kunsttherapeutische Arbeit mit Risikoschwangeren zu beachten sind:

- **Das Setting**

Bei beiden Fällen hat sich ein separater Raum als günstig erwiesen, beziehungsweise das Patientinnenzimmer, falls es ein Einzelzimmer ist. Es ist wichtig, dass ein geeigneter Raum für die Kunsttherapie zur Verfügung steht, wenn die Patientin nicht im Einzelzimmer untergebracht ist, um eine ungestörte und vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen, in der sich die Patientin öffnen kann. Denn nur in einer solchen Atmosphäre können sich die Patientinnen mit ihren Gefühlen, Ängsten und inneren Konflikten sich selbst zuwenden und gegenüber der Therapeutin zur Sprache bringen.

Dies gewährleistet eine größtmögliche Ungestörtheit bzw. Intimität für den gestalterischen Prozess. Und durch diese sichergestellte Ruhe und Ungestörtheit kann sich das Vertrauensverhältnis zwischen Therapeutin und Patientin entwickeln, in dem auch intime Themen besprochen werden können.

Insgesamt beschränkt sich die Dauer der kunsttherapeutischen Sitzungen auf die Dauer von maximal 15 Wochen (Das war die längste Kunsttherapie bei einer Patientin, die von Beginn der 20. Schwangerschaftswoche bis zur 35. Woche stationär bis zur Geburt behandelt wurde.). Das bedeutet, dass die Kunsttherapie für Risikoschwangere eine Kurzzeittherapieform ist. Es bestünde auch die Möglichkeit nach der Entlassung aus der Klinik und nach der Geburt des Kindes, insbesondere bei einer Frühgeburt, die Therapie fortzusetzen, aber das wurde nur in seltenen Fällen für ein bis zwei Stunden in Anspruch genommen.

- **Kunsttherapeutische Methoden, Angebote und Interventionen**

Es ist hilfreich, zunächst mit eher stabilisierenden Angeboten für die Gestaltung zu beginnen (z.B. „Reise zum Wohlfühlort“, „Was wünsche ich mir?“ oder Halt gebende Körperentspannung), da sich die Patientinnen in einem akuten Krisenzustand befinden. Wenn die akute Gefahr eines vorzeitigen Schwangerschaftsendes mit der Möglichkeit einer Früh- oder Totgeburt geringer wird und sich die Beziehung zwischen Therapeutin und Klientin als vertrauensvoll und tragfähig erweist, dann können auch belastende Themen angesprochen und bearbeitet werden (z.B. noch unverarbeitete Trauer nach einer zuvor erlittenen

Fehlgeburt oder Probleme in der Partnerschaft). Die bildnerischen Werke können einerseits Gesprächsanlässe darstellen, anhand derer Schmerzvolles oder Beängstigendes verbalisiert werden kann, was von psychischer Entlastung bis hin zu körperlicher Entspannung führen kann. Andererseits können auch innerhalb des gestalterischen Prozesses Probleme bearbeitet werden, wie beispielsweise der Wunsch, das Baby noch länger im Bauch halten zu wollen. Dies wurde an der genauen Zeichnung von haltenden Händen abgearbeitet (S. 218, Interpretation des Materials aus der fünften und sechsten Sitzung). In diesem Fall stand weniger das gesprochene Wort nach einer Gestaltung im Vordergrund, sondern das gestalterische Tun, das nicht weniger therapeutische Wirkung besitzt, sondern oft intensiv am Erleben der Frauen ist, die darüber hinaus aktiv handeln durch die Gestaltung.

Die Methode der „Lebenslinie“ (S. 47, Lebenslinie) bietet die Möglichkeit, biografische Schlüsselerlebnisse zu rekapitulieren. Hierdurch werden beispielsweise Muster deutlich, wie die Frauen bisher im Leben mit Krisen oder Umbruchssituationen umgegangen sind, und bietet Anlass, sich dessen bewusst zu werden. Bei Frau A. zeigte sich im Verlauf der Lebenslinie, dass sie den Tod ihres ersten Kindes noch nicht ausreichend betrauern und integrieren konnte, was einen seelischen Druck verursachte und ihre Angst vor einem wiederholten Verlust verstärkte. Das vorsichtige Herantasten an diesen verdrängten Schmerz innerhalb der Kunsttherapie ermöglichte es ihr, dem toten Kind einen Platz zu geben, ihre empfundenen Schuldgefühle zu benennen und sich dadurch ein Stück weit zu entlasten. Die Kunsttherapie bietet hier im Vergleich zur reinen Gesprächspsychotherapie in besonderem Maß die Möglichkeit, sich auf verschiedenen Ebenen, bzw., durch verschiedene (gestalterische) Medien auszudrücken. Manchmal gibt es für Empfindungen schwerlich Worte, dafür aber Farben oder Formen. Und innerhalb der Arbeit mit Risikoschwangeren ist die Grenze zwischen Leben und Tod, insbesondere für das noch ungeborene Baby, manchmal recht gering. Für diese Grenzbereiche des Lebens können Gestaltungen zunächst passender sein als Worte, weil Gefühle manchmal noch präverbal und nicht völlig bewusst sein können. Und dafür Worte zu finden ist schwierig, da Worte schon ein gewisses Maß an Bewusstheit bedeuten. Dieser Umstand, dass die Schwangerschaft doch plötzlich vorzeitig zu Ende sein könnte, bringt mit sich, dass die einzelnen kunsttherapeutischen Sitzungen in sich

abgeschlossen sein müssen, weil es keine absolute Sicherheit für ein weiteres Treffen gibt. Dennoch betone ich zum Ende jeder Stunde (jedenfalls in den sehr kritischen Wochen von der 24. Schwangerschaftswoche bis zur 32. SSW), dass ich die schwangere Patientin gerne in der folgenden Woche wieder sehen möchte. Einige Patientinnen bestätigten mir, dass die Kunsttherapie für sie ein Ansporn war, wieder eine Woche zu überstehen. Sie sagten auch, dass die Kunsttherapie durch die wöchentlichen Termine ihr Zeitempfinden strukturieren würde. Das kunsttherapeutische Angebot ermöglicht außerdem, dass die Schwangeren für eine gewisse Dauer ein verändertes Zeitempfinden erleben können, indem sie sich im Tun, quasi wie in einer Meditation, verlieren können. Dadurch vergeht die Zeit ein wenig schneller, die sich durch einen wochenlangen Klinikaufenthalt wie eine unendliche Strecke dehnen kann.

- **Therapeutische Haltung**

Die therapeutische Haltung sollte möglichst empathisch, akzeptierend, wertschätzend und kongruent, d.h. mit sich übereinstimmend sein.

Das zur Verfügung stehende Material sollte vielfältig und anregend sein, aber auch den Bedingungen für eine Arbeit in meist liegender Position entsprechen oder so aufbereitet sein, dass es der Patientin möglich ist damit zu arbeiten. Die Patientin sollte Wahlmöglichkeiten zwischen den Materialien haben. Die gestalterischen Angebote sollten zu Beginn eher stabilisierenden Charakter besitzen, da sich die Frauen in einer Krisensituation befinden, es kann aber mit wachsendem Vertrauen und stabilerem Schwangerschaftszustand auch belastende Themen aufgegriffen werden. Natürlich sollte die Therapeutin auch schon vorher auf solche belastenden Themen eingehen, wenn sie von der Patientin benannt werden. Ziel sollte sein, den Patientinnen einen Raum zu eröffnen, in dem sie sich selbst begegnen können im Sinne einer Selbstexploration und darüber im Austausch mit der Kunsttherapeutin sich entwickeln. Das Angebot sollte Ideen und Wünsche der Frauen vorrangig aufgreifen im Sinne größtmöglicher Autonomie der Patientin, die sich ohnehin in der momentanen Situation in einer Art „Zwangslage“ mit wenig Entscheidungsfreiraum befindet.

Deutungen von therapeutischer Seite sollten selten ungefragt oder vorschnell benannt werden, da sonst möglicherweise Unbewusstes verfrüht thematisiert wird, wodurch entweder Abwehr entsteht oder die Patientin sich stärker in der Krise

erleben könnte, was sich auf den weiteren Schwangerschaftsverlauf negativ auswirken könnte.

Für die kunsttherapeutische Arbeit mit Risikoschwangeren ist es erforderlich, dass die Kunsttherapeutin genügend Selbsterfahrung durchlebt hat. Wünschenswert ist dies auch gerade in Bezug auf die Geburt(en) eigener Kinder oder auch in Bezug auf Informationen über die eigene Geburt und das Erleben der eigenen Mutter. Ebenso ist es wissenswert, ob es Fehl- oder Totgeburten im familiären Umfeld gab, um sich nicht mit den Problemen der Schwangeren emotional zu verwickeln, beziehungsweise eigene Probleme während der Arbeit hinein zu interpretieren. Zusätzlich ist eine regelmäßige Supervision sinnvoll und notwendig.

Kunsttherapie in einer Frauenklinik ist zurzeit selten und wird auf Honorarbasis bezahlt.

Es wäre sinnvoll und wünschenswert, mehr Kunsttherapie in den Frauenkliniken zu etablieren, und zwar in Form einer festen Stelle, so dass die Kunsttherapie von den Risikoschwangeren als Form eines psychosozialen Angebotes, das nicht nur den medizinischen Aspekt, sondern die Frauen in ihrer Ganzheit von Leib und Seele wahrnimmt, jederzeit genutzt werden kann. Die Kunsttherapie sollte eingebettet sein in Teambesprechungen, so dass medizinische und pflegerische Aspekte mit dem Erleben der Frauen in Zusammenhang gebracht werden können. Eine feste Stelle würde gewährleisten, dass jede schwangere Patientin Kunsttherapie erhalten könnte, wenn sie sie benötigt. So könnten auch Frauen nach einer plötzlichen Fehlgeburt oder nach einer nicht abzusehenden Totgeburt therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen. Zurzeit gibt es hierfür ein seelsorgerisches Angebot von festangestellten christlichen Seelsorgern oder ein Gespräch mit einem Psychiater als psychiatrisches Konsil.

Für zusätzliche Tätigkeiten neben dem Patientinnenkontakt, wie beispielsweise Vorträge halten oder die Organisation von Ausstellungen, wären Zeit und Entlohnung gesichert. Solange die Kunsttherapie in diesem Bereich als Honorartätigkeit fungiert, finden solch wichtige öffentlichkeitswirksame Aktionen nicht statt oder sie werden quasi ehrenamtlich erledigt. In die Arbeitszeit könnte und sollte regelmäßige Supervision eingebettet sein, was eine professionelle Arbeit gewährleistet.

Eine kunsttherapeutische Stelle würde zudem den Berufsstand grundsätzlich weiter etablieren, der noch auf „wackligen“ Füßen steht, was sich beispielsweise in der Eingruppierung des Gehaltes deutlich zeigt. Häufig wird die Kunsttherapie als

Ergotherapie eingruppiert, manchmal auch niedriger, weil die genaue Eingruppierung nicht feststeht. In den USA und auch in Großbritannien ist der Beruf der Kunsttherapeutin im Gesundheitswesen verankert und etabliert.

11.8 Weiterführender Forschungsbedarf

Da das Feld der Kunsttherapie im Bereich der Frauenklinik mit Risikoschwangeren noch relativ unbekannt und wenig etabliert ist, gibt es weiterführenden Forschungsbedarf in vielen Bereichen dieses Themenkontextes.

Forschungsmethodisch wäre sicherlich interessant die Interaktion zwischen Patientin und Therapeutin anhand von Videoaufzeichnungen genauer zu analysieren, nicht nur wie in dieser Untersuchung geschehen, mit Tonaufnahmen zu arbeiten. Die nonverbale Kommunikation durch Blickkontakt, Gestik etc. konnte somit nicht in vollem Umfang berücksichtigt werden (lediglich durch Angaben der teilnehmenden Beobachtung). Die nonverbalen Prozesse sollten bei weiterer Forschung dokumentiert und analysiert werden. Hierbei ist aber auch zu beachten, inwieweit sich eine Videoaufnahme der Therapiesituation auf das Verhalten der Betroffenen auswirkt. Zudem stellen sich bei dieser Form der Erhebung neue Fragen in Bezug auf die Anonymisierung der Daten. Unterschiedliche Methoden der Auswertung des erhobenen Materials wären anzuwenden und in Bezug auf das kunsttherapeutische Setting zu prüfen. Durch verschiedene Auswertungsmethoden kann der Fokus bei der Materialsauswertung variieren. Es gibt Auswertungsverfahren mit einer stärker oder weniger stark strukturierenden Vorgehensweise, einige, die mehr auf Beobachtungsmaterial bezogen sind und andere, die mehr auf verbale Daten abzielen (Mayring 1996, S. 82). In weiteren Forschungsarbeiten ließen sich die jeweiligen Auswertungsmethoden variieren, so wurde in dieser Untersuchung die phänomenologische Analyse angewandt, denkbar wären beispielsweise die Qualitative Inhaltsanalyse, die Auswertungsmethode der Objektiven Hermeneutik oder die Psychoanalytische Textinterpretation (siehe Mayring 1996 S. 91-101). Die qualitative Inhaltsanalyse (Kracauer 1952; Rust 1959; Rust 1980, in: Mayring 1996, S. 91 ff.) beispielsweise sieht eine streng methodisch kontrollierte schrittweise Analyse des Materials vor. Durch die systematische Bearbeitung von Textmaterial eignet sich die Qualitative Inhaltsanalyse bei großen Mengen Text, z.B. bei größeren Fallzahlen und bei auf längere Zeit angelegten Studien.

Das Auswertungsverfahren der Objektiven Hermeneutik (Oevermann et al. 1979, 1980; Schneider 1985, in: Mayring 1996, S. 98 ff.) zielt auf die hinter den subjektiven

Bedeutungen stehenden Sinnstrukturen. Dazu werden mögliche und tatsächliche Bedeutungsgehalte des Materials schrittweise systematisch verglichen. Vorab wird festgelegt, worauf die Analyse des Materials abzielt, beispielsweise die Persönlichkeitsstruktur eines Interviewten, die Interaktionsstruktur oder die Organisationsstruktur, über die berichtet wird. Durch die Objektive Hermeneutik können mehr allgemeine dahinter liegende Strukturen beleuchtet werden, weniger subjektive Bedeutungen, wie in dieser vorliegenden Untersuchungen geschehen. Da die Vorgehensweise der Objektiven Hermeneutik sehr aufwendig ist, können nur kleine Materialausschnitte bearbeitet werden, es sei denn, es sind erhebliche Ressourcen verfügbar (Mayring 1996, S. 100).

Bei der Psychoanalytischen Textinterpretation (Lorenzer 1986; Leithäuser et al 1977, 1979; Volmerg et al. 1983, in: Mayring 1997 S. 100 ff.) wird auf die Psychoanalyse als Bezugstheorie zurückgegriffen. Hierbei wird versucht, insbesondere unbewusste und verdrängte Inhalte im Text zu erschließen. Die Psychoanalytische Textinterpretation geht davon aus, dass das Material nicht vollständig, bzw. nicht voll verständlich ist, wenn man nur die zunächst manifesten Inhalte des Materials betrachtet. Durch ein psychologisches Verstehen des Textes, das Widersprüche in Text oder Mimik aufgreift und beleuchtet, wird nach verdrängten Inhalten gesucht. Dies könnte wichtige Aufschlüsse für den Gesamtkontext geben.

Ähnlich der Variation der Interpretationsmethodik am Text könnten auch verschiedene Bildanalysen angewandt werden. In der vorliegenden Untersuchung wurde ein Verfahren benutzt, das den biographischen Hintergrund im Fokus hatte (biographisch-psychologischer Ansatz nach Kirschenmann/ Schulz 1999, S. 41). Denkbar wären auch formaler orientierte Ansätze wie der ikonologische Ansatz (Panofsky 1975), ein formal-analytischer, ein hermeneutischer oder semiotischer Ansatz.

Es sollten höhere Fallzahlen untersucht werden, und dabei – mehr als hier geschehen – qualitative und quantitative Untersuchungsmethoden verbunden werden. Hierbei könnten im Hinblick auf die Forschungsfragen die körperlichen Veränderungen und Beschwerden im Fokus stehen.

Sinnvoll wäre es, vergleichende Studien in verschiedenen Kliniken anzustellen innerhalb der Kunsttherapie, dabei die Frauen in verschiedene Gruppen einzuteilen, z.B. je nach Beschwerden, Krankheitsbild oder verschiedenen soziodemografischen Merkmalen. Hierbei könnte man möglicherweise allgemeine Strukturen erkennen, die

Rückschlüsse auf unterschiedlich anzuwendende Interventionen oder Materialangebote zuließen.

Interessant wäre es ferner beispielsweise durch ein Interview zu untersuchen, wie es den Patientinnen zu Beginn der Therapie erging, nach Abschluss der Therapie und eventuell sogar ein Jahr danach. Solche Längsschnitterhebungen böten Aufschluss über mögliche längerfristige Wirkungen der kunsttherapeutischen Maßnahmen.

Auch wäre es spannend, die Wirkung der Kunsttherapie mit Risikoschwangeren auf die frühkindliche Mutter-Kindbeziehung, das so genannte „bonding“, hin zu untersuchen.

Ein weiterer Punkt ist, dass die Kunsttherapie mit Risikoschwangeren zumindest in den Städtischen Kliniken Höchst eingebettet ist in ein Therapiekonzept, zu dem auch die Physiotherapie mit Massage und Entspannung gehört. Es wäre interessant zu untersuchen, ob die Ergebnisse anders ausfielen, wenn diese Form der ebenfalls unterstützenden Therapie wegfiele, beziehungsweise wie sich das Zusammenspiel der verschiedenen Therapieformen auswirkt und was die Methoden und Ansätze unterscheidet.

Da mit der vorliegenden Arbeit nicht festzustellen war, wie sich die Kunsttherapie aus medizinischer Sicht tatsächlich auswirkt, wäre eine umfangreichere Untersuchung wünschenswert, die den medizinischen Verlauf stärker berücksichtigen würde.

Interessant wäre aus meiner Sicht eine weitere Forschungsarbeit über die Einbeziehung von körpertherapeutischen Verfahren, insbesondere der Funktionellen Entspannung nach Marianne Fuchs (S. 39, Funktionelle Entspannung (FE)).

Aus kunstpädagogischer Sicht wäre es interessant die Phänomene der ästhetischen Erfahrung (Peez 2005, Kämpf-Jansen 2001) und die Phänomene des aus der Kreativitätsforschung bekannten „Flows“ (Csikszentmihaly 2000) zu untersuchen und zu vergleichen.

13 Literaturverzeichnis

- Abt, Regina; Bosch, Irmgard; MacKrell, Vivienne: Traum und Schwangerschaft. Eine Untersuchung von Träumen schwangerer Frauen. (Daimon) 1996
- Arnheim, Rudolf: Kunst und Sehen: Eine Psychologie des schöpferischen Auges. Berlin (de Gruyter) 2000
- Ball, Barbara: Der kunsttherapeutische Prozess unter der Lupe: Ein qualitativer Forschungsansatz in der Kunsttherapie. In: Dannecker, Karin (Hrsg.): Internationale Perspektiven der Kunsttherapie. Graz (Nausner&Nausner) 2003
- Baukus, Peter; Thies, Jürgen (Hrsg.): Aktuelle Tendenzen in der Kunsttherapie. München (Urban & Fischer) 1993
- Bertscheidt, Ralf: Bilder werden Erlebnisse. Uster (Verlag an der Ruhr), 2001
- Biró, Christine: Malen macht Mut. In: ELTERN-Zeitschrift, Februar 2002, S. 14-24
- Bloch, Susanne: Kunst-Therapie mit Kindern. München (Reinhardt) 1982
- Block, Joyce: Mutter werden. Die Psychologie der ersten Schwangerschaft. München (Piper GmbH & Co KG) 1993
- Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (Hrsg.): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Wiesbaden (VS Verlag für Sozialwissenschaften (GWV Fachverlage GmbH) 2. Aufl., 2005
- Born, Rhoda: Der kompetente Patient. Die subjektive Wahrnehmung und Verarbeitung künstlerischer Therapien durch Patienten an einer Klinik (Pilotstudie). Dissertation Universität Witten-Herdecke, Fachbereich Medizin 2002
- Brenner, Charles: Grundzüge der Psychoanalyse. Frankfurt am Main (Fischer Taschenbuchverlag) 1984
- Buck, Günther.: Lernen und Erfahrung. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz (Kohlhammer) 1969
- Bullinger, Hermann: Wenn Paare Eltern werden. Reinbek (Rowohlt) 1986
- Buschmann, Udo: „Jetzt mache ich ein Wut-Bild“. In: Kunst+Unterricht, Heft 191, 1995, S. 42-43
- Busse, Klaus-Peter: Das Methodenbuch. Lernbox. Seelze/Velber (Friedrich) 2002
- Chamberlain, David: Woran sich Babys erinnern. Die Anfänge unseres Bewusstsein im Mutterleib. München (Kösel) 1990
- Csikszentmihalyi, Mihaly: Kreativität. Stuttgart (Klett-Cotta) 1997

- Csikszentmihalyi, Mihaly: DasFlow-Erlebnis. Jenseits von Angst und Langeweile im Tun aufgehen. Stuttgart (Klett) 2000, 8. Unv. Aufl. (Übers., Beyond Boredom and Anxiety – The Experience of Play in Work and Games, 1975)
- Csikszentmihalyi, Mihaly: DasFlow-Erlebnis. Jenseits von Angst und Langeweile im Tun aufgehen. Stuttgart (Klett) 2008, 10. Aufl. (Übers., Beyond Boredom and Anxiety – The Experience of Play in Work and Games, 1975)
- Dalley, Tessa: Kunst als Therapie. Eine Einführung. Rheda-Wiedenbrück (Daedalus)1984
- Dewey, John: Kunst als Erfahrung. Frankfurt am Main (Suhrkamp Verlag) 1980
- DiPietro, Janet: Prenatal/ Perinatal Stress and Its Impact on psychosocial Child Development. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RdeV, (eds.) *Encyclopedia on Early Childhood Development* (online). Montreal, Quebec: Centre of Excellence für Early Childhood Development; 2002: 1-5, Available at: <http://www.excellence-earlychildhood.ca/documents/DiPietroANGxp.pdf>.
- Doerner, Max: Malmaterial und seine Verwendung im Bilde. Stuttgart (Ferdinand Enke Verlag) 11. verbesserte Auflage, 1960
- Dreifuss-Kattan, E.: Praxis der klinischen Kunsttherapie: mit Beispielen aus der Psychiatrie u. aus der Onkologie. Bern; Stuttgart; Toronto (Huber) 1986
- Dunker, Ludwig: Begriff und Struktur ästhetischer Erfahrung. Zum Verständnis unterschiedlicher Formen ästhetischer Praxis. In: Neuß, Norbert (Hg.): Ästhetik der Kinder. Interdisziplinäre Beiträge zur Ästhetischen Erfahrung von Kindern. Frankfurt am Main (GEP Verlag; Gemeinschaftswerk der Evangelischen Publizistik, Abt. Verlag, Beiträge zur Medienpädagogik, Bd. 5) 1999, S. 9-19
- Eckert, Jochen.: Prozesse in der Gesprächspsychotherapie. Bedeutung subjektiver Erfahrung von Klient und Therapeut im Hinblick auf den Therapieverlauf und Therapieerfolg. Diss., Universität Hamburg, Hamburg, 1974
- Ehrenzweig, Anton: Ordnung und Chaos: Das Unbewusste in der Kunst. München (Kindler) 1974
- Erikson, Erik. H.: Identität und Lebenszyklus. Frankfurt (Suhrkamp) 1977
- Fenichel, Otto: Psychoanalytische Neurosenlehre. Gießen (Psychosozial-Verlag) 2005
- Flick, Uwe: Qualitative Forschung. Theorien, Methoden, Anwendungen in Psychologie und Sozialwissenschaften. Hamburg (Rowohlt) 4. Auflage, 1999

- Flick, Uwe: Triangulation. Eine Einführung. Wiesbaden (VS Verlag für Sozialwissenschaften(GWV Fachverlage GmbH) 2004
- Flick, Uwe; Kardorff, Ernst von; Keupp, Heiner; Rosenstiel, Lutz von; Wolff, Stephan (Hrsg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendung. Reinbek bei Hamburg (Rohwolt Taschenbuch Verlag GmbH) 2005
- Flick, Uwe; Kardorff, Ernst von; Steinke, Ines (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Hamburg (Rowohlt) 4. Auflage, 2005
- Franzke, E: Der Mensch und sein Gestaltungserleben. Psychotherapeutische Nutzung kreativer Arbeitsweisen. Bern, 1983
- Freud, Sigmund: Eine Kindheitserinnerung des Leonardo da Vinci. In: Freud, Sigmund (Hrsg.): Schriften zur angewandten Seelenkunde. Heft 7. Leipzig und Wien (Hugo Heller)1919, S. 17-55
- Fuchs, Marianne: Über Atemtherapie und entspannende Körpertherapie als Unterstützung der Behandlung vegetativer Störungen. In: Kunz, H., Mitscherlich, Alexander. (Hrsg.): Psyche. Zeitschrift für Tiefenpsychologie und Menschenkunde in Forschung und Praxis, 3. Jahrgang, Heidelberg (Verlag Lambert Schneider)1949/50, S. 538-548
- Fuchs, Marianne: Einführung in die Funktionelle Entspannung (FE). In: Fuchs, Marianne, Elschenbroich, Gabriele (Hrsg.): Funktionelle Entspannung in der Kinderpsychotherapie. „. Auflage. München (Reinhardt) 1996, S. 13-29
- Fuchs, Marianne: Funktionelle Entspannung. Theorie und Praxis eines körperbezogenen Psychotherapieverfahrens. 6. Auflage. Stuttgart (Hippokrates) 1997
- Glas, Alexander: Vom Bild zum Text, vom Text zum Bild. Überlegungen zu einer Hermeneutik medialer Transposition. In: KUNST+UNTERRICHT. Heft 309/310. 2007
- Glaser, Barney G., Strauss, Anselm L.: Die Entdeckung gegenstandsbezogener Theorie: Eine Grundstrategie qualitativer Sozialforschung. In: Hopf, Christel & Weingarten, Elmar (Hrsg.): Qualitative Sozialforschung (S. 91-111) Stuttgart (Klett) 1979
- Georgens, Jan Daniel/ Deinhardt, Heinrich Marianus: Die Heilpädagogik mit besonderer Berücksichtigung der Idiotenanstalten. Leipzig 1. Bd. 1861; In: Hänsel, D. & Schwager, H.-J. (2004). Die Sonderschule als Armenschule: vom

gemeinsamen Unterricht zur Sondererziehung. Bern: Lang 2. Bd. 1863. Neudruck des 1.Bd. Gießen 1979

- Glaser, B.G; Strauss, A.L.: The Discovery of Grounded Theorie. Stragedies for Qualitative Research. Chicago (Aldine) 1967
- Gloger-Tippelt, Gabriele: Schwangerschaft und erste Geburt. Psychologische Veränderungen der Eltern. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz (Kohlhammer) 1988
- Grawe, Klaus, Caspar, Franz & Ambühl, Hansruedi: Die Berner Therapievergleichsstudie: Fragestellung und Versuchsplan. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19, Berlin (Hogrefe)1990, S. 294-315
- Gross, Werner: Was erlebt ein Kind im Mutterleib? Ergebnisse und Folgerungen der pränatalen Psychologie. Freiburg (Herder) 2003
- Gugger, B.: Emanzipatorische Kunsttherapie. Wien (Profil) 1991
- Hahne, Robert: Wege zur Kunst. Begriffe und Methoden für den Umgang mit Bildern.(Schroedel) 2006
- Hardenberg, Irene von: Erlebnisraum Mutterleib. Der Mensch vor der Geburt. In: Geo Magazin, Nr. 7, 2001, S. 20-42
- Hartwig, H.; Menzen, K.H. (Hrsg.):Kunst - Therapie. Berlin (Ästhetik & Kommunikation) 1984
- Heckmann, E. : Wege zur Erweckung der Kunstkräfte im Kinde und Jugendlichen. Düsseldorf ()1935
- Henn, Wolfram ; Gruber, Harald :Kunsttherapie in der Onkologie. Köln (Claus Richter Verlag) 2004
- Hitzler, Ronald/ Eberle, Thomas S.: Phänomenologische Lebensweltanalyse. In: Flick, Uwe/ Kardorff, Ernst von/ Steinke, Ines (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. München (Psychologie Verlags Union) 2001, S. 109-118
- Husserl, Edmund: Die phänomenologische Methode. Ausgewählte Texte I. Stuttgart (Reclam) 1990
- Husserl, Edmund: Phänomenologie der Lebenswelt. Ausgewählte Texte II. Stuttgart (Reclam) 1992
- Jacobson, E.: Entspannung als Therapie. Progressive Relaxation in Theorie und Praxis. Stuttgart (Klett-Cotta) 2002
- Janus, Ludwig: Körper und pränatale Psychologie. In: Marlock, Gustl/ Weiss, Halko: Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart (Schattauer) 2007
- Joraschky, P., Sebastian, S., Riera, R. (1998): Der Körperbild-Skulptur-Test. In: Röhrich, F., Priebe, S. (Hrsg.): Körpererleben in der Schizophrenie. Hogrefe, Göttingen, S. 121-135.

- Kämpf-Jansen, Helga: Ästhetische Forschung. Ege durch Alltag, Kunst und Wissenschaft. Zu einem innovativen Konzept ästhetischer Bildung. (Vice Versa) 2004
- Kammerlohr, Otto; Broer, Werner; Etschmann, Walter; Hahne Robert: Epochen der Kunst, Band 5, Vom Expressionismus zur Postmoderne. (Oldenbourg Schulbuchverlag) 1997
- Kirchner, Constanze/ Schiefer Ferrari, Markus/ Spinner, Kaspar H. (Hrsg.): Ästhetische Bildung und Identität. Fächerverbindende Vorschläge für die Sekundarstufe I und II. München (kopaed) 2006, S. 11-33
- Kirschenmann, Johannes; Schulz, Frank: Bilder erleben und verstehen. Einführung in die Kunstrezeption. Leipzig (Ernst Klett Schulbuchverlag) 1999
- Kirschenmann, Johannes; Spickernagel; Ellen; Steinmüller, Gerd (Hrsg.): Ikonologie und Didaktik. Begegnungen zwischen Kunstwissenschaft und Kunstpädagogik. Festschrift für Axel von Criegern zum 60. Geburtstag. Weimar (Verlag und Datenbank für Geisteswissenschaft) 1999
- Knill, Paolo: Principles and Practice of Expressiv Arts Therapy – toward a Therapeutic Aesthetics. London (Jessica Kingsley Publishers) 2005
- Köster-Schlutz, Marie Luise: Schwangerschaft und weibliche Identität. Individuelle und institutionelle Konflikte als Ausdruck kultureller Pathologie. Eine empirisch-hermeneutische Studie. Frankfurt am Main; Bern; New York; Paris (Lang) 1991
- Kramer, Edith: Kunst als Therapie mit Kindern. München (Reinhardt) 5., unveränd. Aufl.;2004
- Krauss, W.(Hg.): Die Heilkraft des Malens: Einführung in die Kunsttherapie. München (Beck) 1998
- Kris, Ernst: Die ästhetische Illusion: Phänomene der Kunst in der Sicht der Psychoanalyse. Frankfurt am Main (Suhrkamp)1977
- Kükelhaus, Hugo/ zur Lippe, Rudolf: Entfaltung der Sinne. Ein Erfahrungsbericht zur Bewegung und Besinnung. Frankfurt 1982
- Legewie, Heiner: Feldforschung und teilnehmende Beobachtung. In: Flick, Uwe; Kardorff, Ernst von; Keupp, Heiner; Rosenstiel, Lutz von; Wolff, Stephan (Hrsg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendung. München (Psychologie Verlags Union) 1991, S. 189-193
- Leitner, Andrea und Wroblewski, Angela: Zwischen Wissenschaftlichkeitsstandards und Effizienzansprüchen. ExpertInneninterviews in der Praxis der Arbeitsmarktevaluation. In: Bogner, Alexander; Littig, Beate;

Menz, Wolfgang (Hrsg.): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Wiesbaden (VS Verlag für Sozialwissenschaften(GWV Fachverlage GmbH) 2. Aufl., 2005

- Lippitz, Wilfried: Phänomenologie als Methode? Zur Geschichte und Aktualität des phänomenologischen Denkens in der Pädagogik. In: Lippitz, Wilfried/ Meyer-Drawe, Käte (hg.): Kind und Welt Phänomenologische Studie zur Pädagogik. Frankfurt am Main (Athenäum Verlag) 2. Aufl., 1987, S. 11-26
- Lippitz, Wilfried: Phänomenologische Studien in der Pädagogik. Weinheim (Deutscher Studien Verlag) 1993
- Martius, Philipp; Spreti, Flora von; Henningsen, Peter: Kunsttherapie bei psychosomatischen Störungen. München (Urban&Fischer Verlag) 2008
- Mayring, Philipp: Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 3. überarbeitete Auflage, Weinheim (Beltz Psychologie Verlags Union) 1996
- Molinski, Hans: Bilder der eigenen Weiblichkeit. Ärger während der Geburt und Rigidität des Muttermundes. Z. Psychosom. Med. Psychoanl. 14 (2) 1968
- Molinski, Hans: Archaische Mütterlichkeit. Grundlagen psychogener Störungen von Schwangerschaft und Geburt. Sexualmed.3 1972
- Mollenhauer, Klaus: Grundfragen ästhetischer Bildung. Weinheim / München (Juventa) 1995
- Morgenthaler, Walter: Ein Geisteskranker als Künstler. Frankfurt (Suhrkamp)1961
- Müller-Braunschweig, Hans: Frühe Objektbeziehungen und künstlerische Produktion. In: Jahrbuch der Psychoanalyse, Band 3, Bern; Stuttgart (Verlag Hans Huber) S. 116f, 1964
- Müller-Braunschweig, Hans: Aspekte einer psychoanalytischen Kreativitätstheorie. In: Psyche 31, S. 812 ff, Stuttgart (Ernst Klett Verlag) 1977
- Nölke, Eberhard, Marylin, Willis (Hrsg.): Klientenzentrierte Kunsttherapie in institutionalisierten Praxisfeldern. Bern (Verlag Hans Huber) 2002
- O'Connor, Thomas G.; Jonathan Heron; Jean Golding; Michael Beveridge; Vivette Glover: Maternal antenatal anxiety and children's behavioral/emotional problems at 4 years. Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. In: British Journal of Psychiatry, 180, 2002, S. 502-508.
- Panofsky, Erwin: Sinn und Deutung in der bildenden Kunst (Meaning in the Visual Arts). Köln (DuMont) 1975

- Pazzini, Karl Josef: „Mit dem ganzen Körper lernen!“ In: Kunst+Unterricht, Sonderheft 1979, S. 86-90
- Pearls, Frederick (Fritz) und Ross, Monika: Grundlagen der Gestalt-Therapie. Einführung und Sitzungsprotokolle. Stuttgart (Klett Cotta) 2007, 12. Auflage
- Pearls, Frederick: Das Ich, der Hunger und die Aggression. Die Anfänge der Gestalt-Therapie. Stuttgart (Klett-Cotta) 2006, 7. Auflage
- Peez, Georg: „Ich möchte Nebel malen lernen“, Theorieelemente erfahrungsoffenen Lernens in der kunstpädagogischen Erwachsenenbildung. Frankfurt am Main (Dissertation) 1994
- Peez, Georg: Qualitative empirische Forschung in der Kunstpädagogik. Methodische Analysen und praxisbezogene Konzepte zu Fallstudien über ästhetische Prozesse, biographische Aspekte und soziale Interaktion in unterschiedlichen Bereichen der Kunstpädagogik. Hannover (BDK-Verlag) 2000
- Peez, Georg: Einführung in die Kunstpädagogik. Stuttgart (Kohlhammer) 2. unveränderte Auflage, 2005 a
- Peez, Georg: Evaluation ästhetischer Erfahrungs- und Bildungsprozesse. Beispiele zu ihrer empirischen Erforschung (Ästhetik – Medien – Bildung Bd. 8). München (Verlag) 2005 b
- Peez, Georg: Erwin Panowsky. Ikonographie und Ikonologie. Eine Einführung in die Kunst der Renaissance. Text zum Seminar: Methoden der Kunstbetrachtung im Kunstunterricht. SS 2005 c.
- Peez, Georg: Ästhetische Erfahrung – Strukturelemente und Forschungsaufgaben im erwachsenenpädagogischen Kontext. In: Nittel, Dieter/ Seitter, Wolfgang (Hg.): Die Bildung des erwachsenen. Erziehungs- und Sozialwissenschaftliche Zugänge. Festschrift für Jochen Kade. Bielefeld (Bertelsmann) 2003, S. 249-260
- Peez, Georg: Einführung in die Kunstpädagogik. Stuttgart (Kohlhammer) 3. Völlig überarbeitete und aktualisierte Auflage, 2008
- Pennebaker, James W: *Opening Up: The Healing Power of Expressing Emotion*. New York (Guilford Press) 1997
- Pestalozzi, Johann Heinrich: Die Methode (1800). In: Sämtliche Werke, Bd. 13. Bearbeitung von Herbert Schönebaum und Kurt Schreinert. Berlin (de Gruyter) 1932

- Pestalozzi, Johann Heinrich: Wie Gertrud ihre Kinder lehrt (1803). In: Sämtliche Werke, Bd. 13. Bearbeitung von Herbert Schönebaum und Kurt Schreinert. Berlin (de Gruyter) 1932
- Peters, Uwe Henrik: Lexikon Psychiatrie, Psychotherapie, Medizinische Psychologie. München, Jena (Urban & Fischer) 2007
- Petersen, Peter: Ist künstlerische Therapie wissenschaftlich zu verstehen? Zeitschrift für Musik-, Tanz-, und Kunsttherapie 9, S. 196-204, 1998
- Petersen, Peter: Künstlerische Therapien Wege zur psychosozialen Gesundheit. Deutsches Ärzteblatt 14, S. 707-709, Köln (Deutscher Ärzte Verlag) 2000
- Piaget, Jean: Einführung in die genetische Erkenntnistheorie. Frankfurt am Main (Suhrkamp) 1973
- Plecity, Daniel Marc: Die Auswirkungen der Kunsttherapie auf das körperliche und emotionale Befinden der Patienten – eine quantitative und qualitative Analyse. Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm. 2006, <http://vts.uni-ulm.de/doc.asp>, abgerufen am 19.2.2009
- Prill, Hans-Joachim: Psychologie der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerin. Gynäkologie und Geburtshilfe, Band II, Stuttgart (Thieme) 1976
- Prill, Hans-Joachim: Psychosomatik der vorzeitigen Wehentätigkeit. In: Grospietsch, G.W. Kuhn (Hrsg.): Tokolyse mit Betastimulatoren. Stuttgart (Thieme) 1983
- Prinzhorn, Hans: Bildnerei der Geisteskranken. Ein Beitrag zur Psychologie und Psychopathologie der Gestaltung. Berlin (Springer) 1922.
- Pschyrembel Wörterbuch Naturheilkunde und alternative Heilverfahren. Berlin, New York (Walter de Gruyter) 1996
- Quitmann, H.; Tausch, A.; Tausch, R.: Selbstkommunikation von Jugendlichen und ihren Eltern. Zusammenhang mit Psychoneurotizismus und elterlichem Erziehungsverhalten. In: Zeitschrift für klinische Psychologie, 3, 1974, S. 193-204.
- Hidas, György; Raffai, Jenő: Nabelschnur der Seele. Gießen (Psychosozial-Verlag) 2006
- Rauchfuß, Martina: Psychosomatische Aspekte des Abortgeschehens. In: Stauber, M., Kentenich, H., Richter, D., (Hrsg.): Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie. Berlin-Heidelberg (Springer) 1999

- Reimer, Christian: Beratung, Krisenintervention, Kurzpsychotherapie: Kupfer oder Gold oder was? In: Salutogenese, Resilienz und Psychotherapie. Stefan Gunkel & Gunther Kruse (Hrsg.) Hannover (Hannoversche Ärzte Verlags Union) 2004, S. 99-136
- Reddemann, Luise: Imagination als heilende Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Stuttgart (Pfeiffer bei Klett-Cotta) ⁸ 2003
- Reinelt, T, Gerber, Gisela: Der Beitrag der Funktionellen Entspannung zur Analyse und zum Wandel des Lebensstils. In: Zeitschrift für Individualpsychologie Band 16, S. 125-129
- Reynolds, Matthew: The effectiveness of art therapy: does it work? Database of Reviews and Abstracts (DARE). Volume 1, University of New York (2006)
- Richter, Hans-Günther (Hrsg.): Therapeutischer Kunstunterricht. Düsseldorf (Cornelsen Verlag GmbH+C) 1977
- Richter, Hans-Günther: Pädagogische Kunsttherapie. Grundlegung, Didaktik, Anregungen. Hamburg (Verlag Dr. Kovac) ³ unveränderte Auflage 2005
- Richter, Hans-Günther: Vom Ästhetischen in Bildung und Erziehung. Forschung und Therapie. In: K+U 158, Velber (Friedrich-Verlag) 1991, S. 24-38
- Rittelmeyer, Christian; Parmentier, Michael: Einführung in die pädagogische Hermeneutik. Darmstadt (Wissenschaftliche Buchgesellschaft) 2. Auflage. 2006, S. 43-47
- Rogers, Carl R.: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt am Main, München (Fischer Taschenbuch Verlag) ¹⁴ 2000 (a)
- Rogers, Carl R.: Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart (Klett-Cotta) ¹³ 2000 (b)
- Rogers, Carl R.; Rosenberg, R.L.: Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit. Stuttgart (Klett-Cotta) 1980
- Rogers, Carl R.: Auf dem Weg zu einer Theorie der Kreativität, 1990. In: Petzold; Orth (Hrsg.): Die neuen Kreativitätstherapien. Paderborn (Jungfermann) 1990, S. 237-257
- Rogers, Carl R.: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln (GwG-Verlag) 1991
- Rogers, Natalie: The creative Connection. Expressiv Arts as Healing. Palo Alto, California (Science & Behaviour Books, Inc.) 1993

- Rumpf, Horst: Das Schauen als Weg zur Wirklichkeit. In: Neue Sammlung, 2, 1961, S. 120/ 130
- Rumpf, Horst: Bildung aus dem Reißwolf. In: Neue Sammlung, 6, 1964, S. 510-518)
- Rumpf, Horst: Über die notorische Ernsthaftigkeit des pädagogischen Wissens – Erörtert an drei Schulbankinschriften und zwei Lehrgesprächen. In: Oelkers, Jürgen/ Tenorth, H.-Elmar (Hg.): Pädagogisches Wissen, 27. Beiheft der Zeitschrift für Pädagogik. Weinheim 1991, S. 377-389
- Schmeer, Gisela: Systemisches Verständnis in der Kunsttherapie. In: DFKGT-Mitgliederrundbrief, 1, S. 4-11
- Schiementz, Walter: Kunstpädagogen als künstlerisch Tätige in ihrer Selbsteinschätzung. Ein Beitrag zur Theorie, Empirie und Systematik der außerberuflichen künstlerischen Praxis von Lehrern im Fach Kunst an Grund-, Haupt- und Realschulen. Frankfurt a. M. (Peter Lang) 1985
- Schmeer, Gisela: Das Ich im Bild. Ein psychodynamischer Ansatz in der Kunsttherapie (Leben Lernen 79) 2007, 4. Aufl.
- Schönemann, Axel: Lernprozesse bei der praktisch-künstlerischen Tätigkeit im Unterricht. Eine empirische Untersuchung über die Funktionen praktisch-künstlerischer Tätigkeit für die Veränderung von Einstellungen. Weinheim und Basel (Beltz) 1981
- Schottenloher, Gertraud: Kunst- und Gestaltungstherapie. Eine praktische Einführung. München (Kösel-Verlag) 2000
- Schuster, Martin: Kunsttherapie. Die heilende Kraft des Gestaltens. Köln (dumont) 1993
- Selle, Gert: Gebrauch der Sinne. Eine kunstpädagogische Praxis. Hamburg (Reinbek) 1988
- Sievert, Adelheid (Hg.): Mit allen Sinnen lernen. Kunst+Unterricht, Heft 87, 1984
- Sievert-Staudte, Adelheid: 24 Stunden sind ein Tag – Ästhetisches Lernen am eigenen Leib. In: Fritsch, Ursula/ Maraun, Heide-Karin (Hrsg.): Über ein anderes Bild von Lehre. Weinheim 1998
- Sinapius, Peter: Therapie als Bild – Das Bild als Therapie / Grundlagen einer künstlerischen Therapie. Frankfurt am Main (Verlag Peter Lang) 2005

- Spiel, Christiane: Über das Erkennen von Kreativität. In: Berka, Walter; Brix, Emil; Smekal, Christian (Hrsg.): Woher kommt das Neue? Kreativität in Wissenschaft und Kunst. Wien Köln Weimar (Böhlau Verlag) 2003
- Stern, Daniel N.; Bruschweiler-Stern, Nadia: Geburt einer Mutter. Die Erfahrung, die das Leben einer Frau für immer verändert. München (Piper) 2002
- Stern, Daniel N.: Tagebuch eines Babys. Was ein Kind sieht, spürt, fühlt und denkt. München (Piper) 2007
- Staudte, Adelheid: „Mit allen Sinnen lernen...“ In: Kunst+Unterricht, Heft 86 (1984), S. 8-15
- Strauss, A.L.: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung. München (UTB)1991
- Strotzka, H.: Psychotherapie und Tiefenpsychologie. Wien, New York (Springer) 1982
- Stumm, Gerhard; Pritz, Alfred (Hrsg.): Wörterbuch der Psychotherapie. Wien (Springer-Verlag) 2000
- Tomalin Elisabeth/ Schauwecker, Peter: Interaktionelle Kunst- und Gestaltungstherapie in der Gruppe. Köln 1989
- Türk, K.H.; Thies, Jürgen: (Hrsg.): Therapie durch künstlerisches Gestalten. Stuttgart 1986
- Uexküll; Thure von.: Psychosomatische Medizin. München; Wien; Baltimore (Urban u. Schwarzenberg) 1990, 2003
- Uexküll Thure von, Fuchs, Marianne, Johnen, Rolf, Müller-Braunschweig, Hans (Hrsg): Subjektive Anatomie. Theorie und Praxis körperbezogener Psychotherapie. Stuttgart (Schattauer) 1994
- Van den Bergh, Bea: The effect of maternal stress an anxiety in prenatal life on fetus and child. In: Janus, Ludwig (Hrsg.): The significance of the Earliest Phases of Childhood for later Life and for Society. (Bezug Sekretariat der ISPPM, Friedhofweg 8, 69118 Heidelberg) 2002
- VERNY, Thomas: Das Baby von Morgen. München (Rogner und Bernhardt) 2003
- Vierheller, Brigitte: Angst von der Seele malen. In: ELTERN-Zeitschrift, Mai 2000, S. 216-220
- Wehlte, Kurt: Werkstoffe und Techniken der Malerei. Ravensburg (Otto Maier Verlag) 1967

- Weimer, Eckhard; Vieten Markus: Handbuch für die Hebamme. Von Hebammen für Hebammen. Stuttgart (Georg Thieme Verlag) 2000
- Weinberger, Sabine: Klientenzentrierte Gesprächsführung. Eine Lern- und Praxisanleitung für helfende Berufe. Weinheim Basel (Beltz Verlag) ⁸ 1998
- Welsch, Wolfgang: Ästhetische Rationalität modern: Familienähnlichkeiten des Ausdrucks 'ästhetisch'. In: Grünewald, Dietrich/ Legler, Wolfgang/ Pazzini, Karl-Josef (Hrsg.): Ästhetische Erfahrung. Perspektiven ästhetischer Rationalität. Seelze (Friedrich Verlag) 1997, S. 69-80
- Wichelhaus, Barbara: Kompensatorischer Kunstunterricht. In: Kunst+Unterricht, Heft 191, 1995, S. 35-39
- Wichelhaus, Barbara: Kunsttherapie als Wissenschaftsdisziplin. Zeitschrift für Musik-, Tanz- und Kunsttherapie 7, S. 143-144, 1996
- Wichelhaus, Barbara: Die Therapie in der Pädagogik – Kunsttherapie in pädagogischen, sozialen und klinischen Anwendungsbereichen. Vortrag vom 18.5.2006, Fachhochschule Ottersberg, Institut für Kunsttherapie und Forschung. www.kunsttherapieforschung.de/vortragwichelhaus.pdf
- Wiedemann, P. M.: Erzählte Wirklichkeit. Zur Theorie und Auswertung narrativer Interviews. Weinheim (Verlag) 1986
- Wimmer, R.: Ästhetische Praxis zwischen Therapie und Kunst. Bildende Künstler arbeiten mit Kranken und Behinderten. In: Hochschule der Künste Berlin. Künstler und Kulturarbeit 1976-1981. Berlin (Verlag) 1981
- Zentrum für Dokumentation für Naturheilverfahren e.V. (ZDN): Dokumentation der besonderen Therapierichtungen und natürlichen Heilweisen in Europa. In der Kostenerstattung anerkannte Medizinsysteme, FFB (Hrsg.), Band 1, Lüneburg (VDN Verlag) 1991
- Zielke, M.: Kieler Änderungssensitive Symptomliste (KASSL). Manual. Weinheim (Verlag) 1979
- Zielke, M./ Kopf-Mehnert, C.: Der Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV). Manual. Weinheim (Verlag) 1978
- Zirkfreund, W.: Gestaltwahrnehmung und Kunsttherapie. In: Türk, K.H.; Thies, J. (Hrsg.): Therapie durch künstlerisches Gestalten. Stuttgart 1986, S. 211-228
- Zwiauer, C. (Hg.): Edith Kramer. Malerin und Kunsttherapeutin zwischen den Welten Wien (Picus) 1998